PROGRAMME

RÉGIONAL D'INTERVENTIONS ET DE SERVICES INTÉGRÉS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER EN OUTAOUAIS

PLAN D'ACTION 2004 - 2007

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec

Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais à sa séance du 22 juin 2004.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN 2-89577-015-8

106-06309/

DOCUMENT PRODUIT PAR LA DIRECTION DE LA SANTÉ PHYSIQUE ET DES AFFAIRES MÉDICALES

Rédaction :

Pauline Fortin (coordination)
Agente de programme
Direction de la santé physique et des affaires médicales

Louise Pelletier
Médecin spécialiste en santé communautaire
Direction de la santé publique

Suzanne Rajotte
Agente de programme
Direction de la santé physique et des affaires médicales

En collaboration avec :

Mario Corriveau
CHVO - Hôpital de Gatineau

Céline Plante
CHVO - Hôpital de Hull

Soutien technique :

Céline Lafrenière

Infographie :

Sylvie Bélisle

Le présent document est disponible dans la section « *publications* » sous « *publications de l'Agence* » du site Internet de l'Agence (www.rrsss07.gouv.qc.ca).

REMERCIEMENTS

Le plan d'action 2004-2007 pour l'actualisation du Programme régional d'interventions et de services intégrés en matière de lutte contre le cancer en Outaouais a été rendu possible grâce à la collaboration du groupe de travail. Nous tenons à les remercier de leur disponibilité et leur grande participation lors de nos rencontres.

Les membres du groupe de travail :

Du CHVO :

Patrick Bourgeois	CHVO - Hôpital de Gatineau
Mario Corriveau	CHVO - Hôpital de Gatineau
Céline Plante	CHVO - Hôpital de Hull

De l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de l'Outaouais :

Danielle Chénier	Direction des services de gestion
Pauline Fortin	Direction de la santé physique et des affaires médicales
Gail Hawley-McDonald	Direction générale adjointe
Marie Larouche	Direction de la santé mentale et sociale
Louise Pelletier	Direction de la santé publique

Finalement, nos remerciements vont à Céline Lafrenière pour le soutien technique.

Table des matières

REMERCIEMENTS 3

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS 7

LISTE DES TABLEAUX 9

LISTE DES FIGURES 10

INTRODUCTION 11

1 CONTEXTE 13
- 1.1 Le profil de la région et son organisation de services 14
- 1.2 Le programme québécois de lutte contre le cancer 17
- 1.3 L'élaboration du plan d'action 19

2 LES POINTS SAILLANTS DE L'ÉTAT DE SITUATION 21
- 2.1 Les services de promotion de la santé et de prévention du cancer 21
- 2.2 L'investigation, le traitement et le soutien 23
- 2.3 Le maintien et l'évolution de la qualité 28
- 2.4 Les grands constats 30

3 LES GRANDES ORIENTATIONS 33
- 3.1 Le cancer, une priorité de santé dans l'Outaouais 33
- 3.2 Une approche globale de lutte contre le cancer 33
- 3.3 Les soins et services centrés sur la personne 34
- 3.4 La qualité de nos interventions 34

4 L'INTÉGRATION DES INTERVENTIONS ET DES SERVICES 37

5 LE PLAN D'ACTION DU PROGRAMME RÉGIONAL D'INTERVENTIONS ET DE SERVICES INTÉGRÉS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER 41

6 CONDITIONS DE RÉALISATION 47

ANNEXE 1 Liste des membres du Comité régional de lutte contre le cancer et du groupe de travail 49
ANNEXE 2 État de situation régionale. Synthèse des forces et faiblesses 53
ANNEXE 3 Plan d'action régional 59

BIBLIOGRAPHIE 85

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS

APVP	Années potentielle de vie perdues
CA	Conseil d'administration
CDD	Centre de dépistage désigné
CH	Centre hospitalier
CHEEO	Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHVO	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Commission médicale régionale
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
FQC	Fondation québécoise du cancer
GMF	Groupe de médecine de famille
IPO	Infirmière pivot en oncologie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organismes à but non lucratif
PÂPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PAR	Plan d'action régional en santé publique
PCP	Pratique clinique préventive
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
UMF	Unité de médecine familiale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Centres de dépistage désignés (CDD) et centres de référence pour investigation désignés (CRID), région de l'Outaouais 23

Tableau 2 Effectifs médicaux spécialisés en place et postes disponibles au 1er février 2003, région de l'Outaouais 27

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Carte des territoires sociosanitaires 14

INTRODUCTION

En 2003, on comptait environ 36 000 nouveaux cas de cancer au Québec et 16 000 décès dus à ce problème de santé. Le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) lancé par le MSSS en 1998 propose un ensemble de services intégrés de lutte contre le cancer centré sur les personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

Le présent document qui découle des orientations du PQLC définit le programme régional d'interventions et de services intégrés en matière de lutte contre le cancer. Un comité de travail, composé de différents intervenants de l'Agence et des établissements de la région a élaboré ce programme ainsi que le plan d'action triennal pour 2004-2007 visant l'actualisation des paramètres d'organisation qui tiennent compte de la réalité régionale.

Dans la première section, le document présente le contexte actuel, le profil et l'organisation des services de la région du programme de lutte contre le cancer. Il dresse dans la seconde section les points saillants de l'état de situation régional et documente les différents aspects qui semblent poser problèmes en matière d'organisation des services. La troisième section fait mention des grandes orientations retenues pour que le cancer soit reconnu comme une priorité de santé. La quatrième section explique l'intégration des interventions et des services qui favoriserait le fonctionnement en réseau. Par la suite, le document détermine les priorités d'actions qui sont le point de départ pour l'actualisation du programme.

Pour conclure, le document identifie les conditions et les facteurs opérationnels de succès à la réalisation du plan d'action.

1 CONTEXTE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a défini, en 1998, un programme québécois de lutte contre le cancer devant être adapté et implanté dans toutes les régions du Québec au cours des prochaines années. Pour ce faire, le MSSS a réalisé un premier bilan des soins et services offerts à la population québécoise [1] auquel a contribué l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais (l'Agence). Le plan d'action pour l'actualisation du programme régional d'interventions et de services intégrés en matière de lutte contre le cancer vise l'implantation du programme national en fonction de la réalité de notre région.

C'est dans le contexte de la mise en place des réseaux locaux prévue dans la Loi 25, que la nouvelle Agence est appelée à réaliser son programme d'interventions et de services intégrés en matière de lutte contre le cancer.

Les réseaux locaux de services deviendront rapidement les plaques tournantes du système, des organisations structurées de services de base et spécialisés offerts à une population définie.

La création de ces réseaux locaux de services aura pour effet :

- D'offrir des services plus accessibles, mieux coordonnés et sans rupture;
- D'agir pour améliorer la santé et le bien-être;
- De rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent;
- De consolider le partenariat avec les nombreux acteurs concernés par la distribution des services;
- D'impliquer et de mobiliser les cliniciens;
- D'encourager l'engagement et la responsabilité de chacun.

Ainsi l'actualisation du plan d'action régional rejoint les objectifs de la mise en place des réseaux locaux .

---

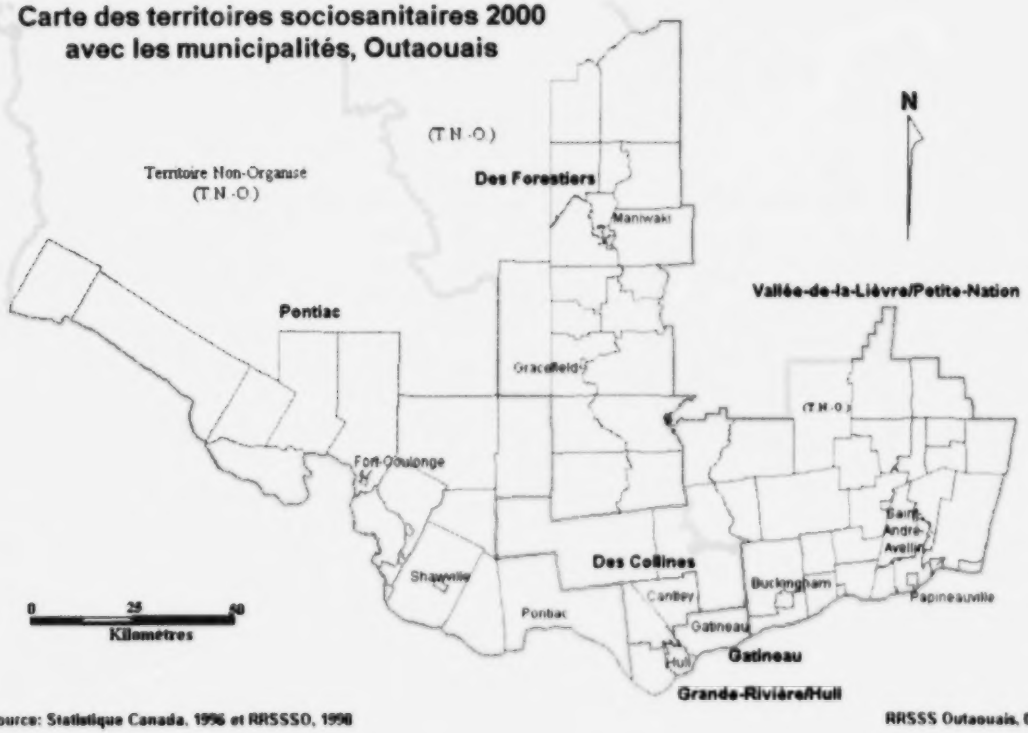
[1] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, un premier bilan*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003. 392 p.

1.1 LE PROFIL DE LA RÉGION ET SON ORGANISATION DE SERVICES

Les informations sur le profil de la région de l'Outaouais proviennent du document de consultation sur la démarche régionale de mise en place des réseaux locaux de services[2] et du bilan provincial des soins et services en cancer.

Figure 1

Carte des territoires sociosanitaires 2000 avec les municipalités, Outaouais



Source: Statistique Canada, 1996 et RRSSSO, 1998

RRSSS Outaouais, 08/2000

Sur le plan démographique

- La population de l'Outaouais, avec ses 315 545 personnes, s'est accrue de 3 % de 1996 à 2001 (Institut de la statistique du Québec, 2003). Elle augmente deux fois plus rapidement que celle de l'ensemble du Québec ;

[2] AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Démarche régionale de mise en place des réseaux locaux de services. Proposition de configuration des territoires et des instances locales*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 9 mars 2004, 59 p.

- La population réside dans une vaste région séparée de l'Ontario par la rivière des Outaouais. Il faut parcourir plus de 500 km pour la traverser d'est en ouest et du nord au sud;

- Cette région est aussi caractérisée par sa dualité urbaine / rurale et par sa juxtaposition à la région de la capitale fédérale qui vient l'influencer dans un ensemble de domaines sociaux et économiques;

- La population se concentre à 65 % dans la zone urbaine couvrant les districts de Grande-Rivière / Hull / Gatineau, les autres résidants étant dispersés dans les territoires ruraux ;

- Sa structure d'âge est vieillissante, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus ne cessant d'augmenter, alors que la proportion des jeunes de moins de 15 ans est en diminution constante. Les plus grandes proportions de personnes âgées se retrouvent dans les districts de Hull, du Pontiac, de la Petite-Nation et de la Vallée-de-la-Gatineau;

- La communauté anglophone et les communautés culturelles représentent une portion significative de la population.

Sur le plan socio-économique

- La situation socio-économique globale est plutôt favorable. La population urbaine comprend une proportion plus élevée de diplômés universitaires que l'ensemble de la province et le taux de chômage est inférieur à la moyenne provinciale;

- Le revenu familial moyen est supérieur dans l'Outaouais, mais cette statistique cache des zones de grande pauvreté, particulièrement dans le secteur de Hull et dans les territoires de la Vallée-de-la-Gatineau, du Pontiac et de la Petite-Nation.

Sur le plan sociosanitaire[3]

- Malgré un statut socio-économique favorable, la population outaouaise présente un portrait négatif quant aux comportements liés à la santé, lorsque comparée aux moyennes québécoises :
  - près de 40 % des personnes de 15 ans et plus continuent de fumer dans la région;
  - la moitié des adultes ne se livre à aucune activité physique sur une base hebdomadaire;

[3] COURTEAU, J.P., L. ÉMOND, P. GARVIE. *Un portrait de santé. La région de l'Outaouais et ses districts de CLSC*. Gatineau, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2002, 212 p.

- l'excès de poids prend des proportions importantes dans la région, le nombre de personnes obèses dépasse de beaucoup la moyenne québécoise;
- une proportion plus élevée de personnes a déclaré de mauvaises habitudes alimentaires ;
- l'Outaouais compte 33 % de personnes présentant trois facteurs de risque ou plus ; c'est l'une des plus fortes proportions au Québec, la moyenne se situant à 25 % (Statistique Canada, 2003) ;

- L'espérance de vie à la naissance a régulièrement augmenté dans l'Outaouais au cours des vingt dernières années, atteignant 74 ans chez les hommes et 80,3 ans chez les femmes en 1994-1997. Malgré ce fait, l'espérance de vie à la naissance demeure toujours légèrement sous la moyenne québécoise et la région présente toujours l'espérance de vie en bonne santé la plus faible de toutes les régions du Québec (excluant le grand Nord) ;

- En raison du nombre élevé d'hospitalisations pour cancer dans les hôpitaux ontariens, la déclaration des cas de l'Outaouais au Fichier des tumeurs du Québec est incomplète. Le nombre réel de nouveaux cas est difficile à estimer étant donné que la sous-déclaration des cas traités en Ontario varie beaucoup selon les sièges ;

- Quant aux décès annuels moyens par cancer, leur nombre rapporté de 1997 à 1999 est de 560, ce qui est probablement une sous-estimation. Vu les limites des données, pour la raison que l'on vient de donner, on ne peut détailler avec certitude les décès selon les sièges tumoraux.

Les ressources régionales de santé et de services sociaux

Le réseau de santé et de services sociaux de l'Outaouais et constitué des éléments suivants :

- Dix-sept (17) établissements de santé et de services sociaux publics et deux (2) établissements privés conventionnés;

- 173 organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux, dont 144 sont subventionnés par l'Agence incluant la Maison Mathieu Froment-Savoie qui est la seule maison de soins palliatifs de la région;

- Le centre hospitalier régional, le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais (CHVO), offre la majorité des services en cancérologie. Le CHVO est un centre hospitalier de soins généraux, spécialisés et ultra spécialisés avec affiliation à l'Université McGill, répartis dans deux hôpitaux situés à Gatineau et à Hull.

- On retrouve au CHVO - Hôpital de Gatineau, le programme de cancérologie[4] composé de cinq secteurs d'activités :
  - radio-oncologie et curie-thérapie haut et bas débit ;
  - physique ;
  - chimiothérapie ;
  - chirurgie au sein et du mélanome ;
  - soins palliatifs et gestion des symptômes.

- Au CHVO - Hôpital de Hull, on retrouve une clinique spécialisée en hémato-oncologie et une équipe de consultation en soins palliatifs.

Un profil global d'accès à des services continus

- La région est reconnue comme ayant une pénurie importante d'effectifs médicaux, tant en omnipraticiens (manque de 50 médecins, selon l'analyse de besoins par le DRMG), qu'en spécialistes (manque de près de 50 médecins spécialistes selon le plan régional d'effectifs médicaux en spécialité proposé par l'Agence). La croissance des effectifs ne suit pas la croissance de la population.

- Il faut toujours noter la consommation des services de santé en Ontario.

1.2 LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER

La modernisation de la lutte contre le cancer s'appuie sur une organisation de services, basée sur une approche intégrée afin de prévenir et dépister le cancer, ainsi que répondre efficacement aux besoins des personnes atteintes et de leurs proches. Elle se fonde sur des interventions et services organisés dans une perspective d'approche globale, centrés sur la personne et développés à partir de critères de qualité.

Elle prend également assise sur un programme national et les planifications régionales garantissent l'ajustement des services aux besoins de la population des différentes régions. Tel qu'énoncé en novembre 2003 par le Dr Denis Roy[5], directeur du Centre de coordination nationale de lutte contre le cancer, lors de la rencontre des représentants régionaux pour le programme de lutte contre le cancer, l'actualisation du programme de lutte au cancer répond à la même ligne d'autorité et de reddition de compte que les autres programmes du MSSS. Dr Roy précise qu'un cadre de gestion de l'imputabilité régit les opérations du programme. Ce cadre rend imputable des instances spécifiques pour des missions locales, régionales et suprarégionales de lutte contre le cancer.

---

[4] CENTRE HOSPITALIER DES VALLÉES DE L'OUTAOUAIS, *Rapport annuel 2000-2001*, pages 5-6

[5] ROY, DENIS A., *Rencontre des représentants régionaux pour le programme de lutte contre le cancer*, le 20 novembre 2003

Le programme provincial prévoit une première prise en charge au niveau local. Ce niveau sera défini selon la réalité des régions. Il va de soi que la création des nouveaux réseaux locaux prévue dans la Loi 25 constituera probablement le niveau d'ancrage de la prévention du cancer et de la prise en charge des personnes atteintes. L'actualisation des mandats locaux s'appuie sur la mise en place d'une équipe interdisciplinaire locale en oncologie, incluant un intervenant pivot, qui travaillera en collaboration étroite avec l'ensemble des acteurs locaux de première ligne. Tel que défini dans le programme, des liens formels relient l'équipe locale à une équipe régionale qui détient une expertise spécialisée.

Le palier régional constitue la plaque tournante de l'organisation des services spécialisés et de l'assurance de la qualité, en lien avec les équipes régionales qui lui sont reliées. L'équipe régionale doit avoir accès aux infrastructures diagnostiques et thérapeutiques requises pour assurer les soins et services dans plus de la majorité des cas. De plus, l'Agence doit exercer un leadership requis au niveau de la prévention et de la gouverne du programme de lutte contre le cancer, pour le bénéfice de sa population.

Lors de son allocution, le Dr Denis Roy souligne que des corridors doivent être établis entre les équipes régionales et des équipes universitaires mandatées pour la mission supra-régionale de services, définie en fonction des sièges tumoraux spécifiques. Les équipes supra-régionales sont regroupées au sein d'un réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et sont responsables d'animer les activités de transfert des connaissances de recherche, d'enseignement, de formation continue ainsi que de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention.

Finalement, afin d'optimiser les soins et services, de favoriser la coopération des divers acteurs impliqués et d'en assurer la complémentarité et la continuité, l'intégration des soins et services a été retenue comme stratégie d'action par le programme québécois de lutte contre le cancer. Cette intégration se traduit sur une base opérationnelle par l'implantation d'un réseau de services intégrés qui se fera autour de cinq grands éléments:

- La planification :
  - Programme québécois de lutte contre le cancer, planification régionale et comité régional de lutte contre le cancer;
- L'organisation des activités, des soins et services :
  - équipes interdisciplinaires locales, équipes régionales et suprarégionales d'oncologie;
- La systématisation du suivi clinique et de la circulation d'informations :
  - intervenant pivot, corridor de services, dossier oncologique;
- Et enfin, le maintien et l'évolution de la qualité :
  - révision régionale des pratiques, programmes de formation et de formation continue, agenda de recherche, réseau d'essais thérapeutiques, Conseil québécois de lutte contre le cancer.

1.3 L'ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION

Dans la foulée du PQLC, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (Régie régionale) a créé, en 1999, un comité auquel elle a donné le mandat de concevoir le programme régional de lutte contre le cancer (liste des membres à l'annexe 1) dont le premier mandat [6] était de superviser un bilan de la situation régionale des programmes et services relatifs au cancer et des besoins de cette population en cette matière. Un premier bilan a été réalisé en 2000 suivi d'une planification pour l'actualisation des orientations provinciales adoptées par le comité. Par la suite, en 2002, une collecte d'informations complémentaires a bonifié ce bilan régional et en avril 2004, le MSSS a diffusé un premier bilan : La lutte contre le cancer dans les régions du Québec.

La rédaction du présent plan d'action a été coordonnée par la Direction de la santé physique et des affaires médicales grâce à la collaboration de différents intervenants de l'Agence et du réseau (liste des membres du groupe de travail à l'annexe 1).

Le programme national, les bilans régional et national, la planification de 2002 ainsi qu'une formation provinciale sur l'intégration des services ont servi de base à l'élaboration du présent document.

[6] COMITÉ RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER. *Mandat*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

2 LES POINTS SAILLANTS DE L'ÉTAT DE SITUATION

Les points saillants de l'état de situation sont tirés de l'état de situation régionale de 2002[7] et du bilan du MSSS de 2003[8]. On retrouve à l'annexe 2, une synthèse des forces et faiblesses en lien avec les services offerts dans le continuum de services dans la lutte contre le cancer élaboré à partir de l'état de situation régionale.

2.1 LES SERVICES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION DU CANCER

Plusieurs activités éducatives se rapportent aux facteurs de risque ou de protection en ce qui a trait au cancer. Ainsi, des activités sur le tabagisme, l'alimentation, l'alcool ou l'exposition aux rayons ultraviolets et aux produits toxiques sont intégrées dans divers programmes. Cependant, à l'échelle régionale, il n'existe pas de plan d'action global de prévention primaire du cancer.

La lutte contre le tabac

La prévention du tabagisme dans les écoles est assurée par 40 infirmières scolaires et des éducateurs en prévention des toxicomanies qui interviennent auprès des jeunes. Les actions touchent toutes les écoles primaires mais seulement 4 écoles secondaires sur 18.

Des services structurés, de groupe ou individuels, concernant la cessation de la consommation de tabac, existent dans tous les CLSC. Ils ont touché 246 fumeurs en 2001-2002. Dans sept des huit territoires, on offre les programmes individuels *Santé sans fumée*, s'adressant aux fumeurs en général, et *Ça vient de s'éteindre*, pour les jeunes, ainsi qu'une formation axée sur l'approche motivationnelle pour le personnel infirmier. La Régie régionale a aussi produit une vidéo traitant de la protection contre la fumée de tabac dans l'environnement.

L'alimentation

La Direction de santé publique de l'Outaouais ne propose aucune intervention sur l'alimentation. Par contre, plusieurs activités visant la promotion d'une saine alimentation sont organisées dans certains CLSC. Il s'agit surtout d'activités éducatives ciblant différents groupes : femmes enceintes, parents de nourrissons ou d'enfants d'âge préscolaire et jeunes en milieu scolaire.

---

[7] FORTIN P., R. GIRARD, A. WATTERS. *Programme québécois de lutte contre le cancer – État de situation régionale*. Hull, Régie régionale de la santé et des sociaux de l'Outaouais, 24 mai 2002, 85 p.

[8] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, un premier bilan*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 392 p.

L'environnement

En ce qui a trait aux facteurs de risque liés à l'environnement, la Direction de la santé publique joue un rôle de surveillance, de sensibilisation de la population et d'intervention en cas de risques. À titre d'exemple, elle orchestre des campagnes de sensibilisation aux dangers de l'exposition aux rayons ultraviolets, grâce notamment à un dépliant distribué aux parents des enfants fréquentant les garderies et les milieux de garde.

Depuis quelques années, à la demande de plusieurs organisations municipales et des groupes communautaires, la Direction propose des sessions éducatives concernant les effets sur la santé des pesticides à usage esthétique et les moyens de réduire l'exposition à ces produits.

Comme partout au Québec, tous les établissements scolaires ont été visités en vue d'inventorier les bâtiments contaminés par l'amiante. Les travaux nécessaires ont été effectués dans toutes les écoles contaminées.

En santé au travail, la Direction de santé publique évalue la présence de contaminants cancérogènes tels que l'amiante, l'arsenic et les pesticides pour, le cas échéant, recommander des mesures visant l'élimination de ces produits ou la protection des travailleurs.

Le dépistage du cancer du sein

L'Outaouais fait partie des premières régions où a été implanté le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) le 1er septembre 1998. La population cible comprend environ 33 000 femmes âgées de 50 à 69 ans[9]. Sur le plan de l'organisation des services, on compte trois centres de dépistage désignés (CDD), tous des centres hospitaliers ; deux d'entre eux sont également des centres de référence pour investigation désignés, ou CRID (voir le tableau 1). Soulignons que le CDD de Buckingham n'a débuté les activités qu'en mars 2001 et que les deux autres CDD prévus (Shawville et Maniwaki) ne sont pas encore en activité en raison de difficultés à obtenir la certification relativement à la mammographie.

[9] Au 25 novembre 2001.

Tableau 1. Centres de dépistage désignés (CDD) et centres de référence pour investigation désignés (CRID), région de l'Outaouais

Nom de l'établissement	Ville	CDD	CRID
CH des Vallées de l'Outaouais			
Hôpital de Hull	Hull	√	√
Hôpital de Gatineau	Gatineau	√	√
CH-CHSLD de Papineau	Buckingham	√	

Les trois CDD respectent le délai recommandé pour le dépistage, qui est de moins de 30 jours et tous les CRID satisfont à la norme de moins de 12 jours entre le dépistage et le début de l'investigation (au 31 mars 2002).

Le taux de participation au PQDCS pour 2000 et 2001 est de 39 % en Outaouais, alors que la moyenne provinciale se situe à 43 %. Le taux de mammographie global, qui comprend les examens de dépistage et les examens de diagnostic, s'obtient à partir des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; il était de 57 % en 1999 et 2000, tandis que la moyenne provinciale s'élevait à 63 %. Le faible taux de participation s'explique en partie par le fait que le programme n'est toujours pas offert dans deux territoires et que les résidantes de l'Outaouais ont la possibilité d'obtenir des services en Ontario. Pour la période allant de 1998 à 2001, le taux de fidélité à 36 mois après le premier examen atteint 74 % ; quant au taux de référence pour investigation, il est de 13 % après la mammographie initiale et de 9 % après les suivantes.

2.2 L'INVESTIGATION, LE TRAITEMENT ET LE SOUTIEN

L'investigation

L'activité relative à l'investigation et au traitement a lieu dans cinq centres hospitaliers. Les services de base sont offerts dans l'ensemble de ces centres et l'accès est assez rapide dans la mesure où l'investigation primaire a pu être faite par le médecin de famille. L'accès à l'investigation spécialisée semble adéquat, sauf en gynécologie.

L'hospitalisation et la chirurgie

Le taux de rétention pour les hospitalisations, soit le pourcentage des hospitalisations de résidants effectuées dans la région, est de 76 % en 2000-2001, un taux similaire à celui de 1994-1995.

Pour les cancers pulmonaires, digestifs bas et urologiques, le taux de rétention dépasse 85 %, mais il n'est plus que de 81 % pour le cancer du sein, alors qu'il atteignait 90 % six ans auparavant. De plus, on observe une rétention accrue pour les hospitalisations des personnes atteintes d'un cancer de la tête ou du cou, le taux étant passé de 79 % en 1994-1995 à 92 % en 2000-2001. À présent, au Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais - Hôpital de Gatineau, une équipe se consacre à l'investigation et au traitement de ces tumeurs. Par ailleurs, le taux d'attraction de 2 % indique que le pourcentage des hospitalisations de la région effectuées pour des résidants venant de l'extérieur est faible.

Il se pratique des chirurgies en oncologie dans quatre centres hospitaliers (cinq installations). Pour les traitements plus complexes, ou si l'expertise n'existe pas sur place, les patients sont adressés au Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais. La pénurie d'effectifs médicaux dans certaines spécialités oblige les résidants de l'Outaouais à consulter dans les hôpitaux ontariens, notamment en gynécologie et pour certains services spécialisés en hémato-oncologie. L'arrivée récente de neurologues a amélioré la rétention pour le cancer neurologique.

La chimiothérapie

C'est le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, par l'Hôpital de Hull et celui de Gatineau, qui assure la plupart des traitements de chimiothérapie. Dans ces deux installations, l'exiguïté des locaux pose cependant des problèmes de confidentialité et de sécurité, à la fois pour le personnel et les personnes en traitement. Par ailleurs, depuis le départ d'hémato-oncologues en 2001, le Centre hospitalier de Maniwaki n'est plus en mesure d'offrir ce service. Ainsi, les personnes résidant au nord de la région doivent parcourir plus d'une centaine de kilomètres pour être traitées. Quant au Centre hospitalier du Pontiac, il offre, grâce à la collaboration des omnipraticiens du milieu, de l'infirmière de la clinique d'oncologie et des oncologues du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, certains traitements de chimiothérapie peu complexes.

Le nombre de visites en chimiothérapie a augmenté de façon marquée au cours des dernières années. De façon générale, la charge de travail des pharmaciens laisse peu de temps pour l'enseignement aux personnes atteintes. On souligne aussi le fardeau que représente la hausse des coûts des médicaments, tant pour les personnes atteintes que pour les centres hospitaliers.

La radio-oncologie

Le département de radio-oncologie du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, qui a ouvert ses portes en 1995, répond aux besoins de patients venant surtout de l'Outaouais et de l'Abitibi-Témiscamingue. En 2001, des 713 patients[10] de l'Outaouais, 86 % ont été traités dans ce centre ainsi que 42 % des 245 patients de l'Abitibi-Témiscamingue. Toutefois, 8 % des patients ont été adressés à des spécialistes en Ontario et 6 % ont été soignés dans d'autres départements de radio-oncologie du Québec.

En 2002, le département de radio-oncologie du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais comptait sur les services de deux médecins radio-oncologues, de trois physiciens et de onze technologues en radio-oncologie. Pour répondre aux besoins de la population, le *Plan d'action 2000-2008* en radio-oncologie prévoit l'ajout d'un troisième accélérateur linéaire en 2004.

Les services de soutien

En matière de soutien physique, le CHVO - Hôpital de Gatineau offre à l'ensemble des personnes atteintes de la région des services de stomothérapie. On y donne aussi des services aux patients ayant subi une laryngectomie et de la physiothérapie (réhabilitation du bras) aux femmes après une mastectomie. Pour le soutien psychologique et social, il existe des ressources pour les patients en médecine ambulatoire au CHVO - Hôpital de Gatineau. Le département de cancérologie propose aussi aux personnes qui reçoivent des traitements de chimiothérapie ou de radio-oncologie, ou encore des soins palliatifs à ce centre, les services d'un psychologue ou d'un travailleur social.

L'état de situation régionale de 2002 présente des données tirées du système d'information des CLSC; on y apprend que les personnes atteintes du cancer représentent 3 % des usagers et reçoivent 6 % des services en 2000-2001. Ces services, généralement fournis par le personnel infirmier, consistent en des activités relatives à l'observation, au suivi, à l'évaluation ou au diagnostic, ou encore en des soins des plaies ou autres soins physiques. Quant aux interventions à caractère psychosocial, elles ne représentent que 2 % des tâches. On rapporte le manque flagrant de services à cet égard, notamment entre l'annonce du diagnostic et le début du traitement.

[10] Selon les données de la RAMQ, il s'agit du nombre de patients pour lesquels un médecin radio-oncologue a facturé au moins un traitement de radiothérapie, tous diagnostics confondus, durant l'année 2001.

Une dizaine d'organisations sans but lucratif offrent soutien, hébergement, répit et information, mais somme toute, peu de ressources communautaires sont accessibles dans l'ensemble de la région. Le transport et l'hébergement figurent comme les grands problèmes pour l'accès aux soins et aux services en cancérologie. En effet, la majorité des treize organismes s'occupant du transport pose des conditions, comme une limite d'âge, ce qui compromet parfois cet accès. La Fondation québécoise du cancer gère une hôtellerie pour les patients suivis en radio-oncologie, mais les places sont limitées. Le soutien matériel et financier est largement insuffisant, surtout dans les zones rurales, en général défavorisées à plusieurs égards.

Les effectifs médicaux

La région connaît des difficultés en matière de recrutement et de maintien en poste du personnel médical et elle se situe sous la moyenne provinciale, tant pour la médecine générale que pour les spécialistes. Selon l'état de situation, la pénurie d'effectifs dans certaines spécialités oblige les résidants à consulter dans les hôpitaux ontariens. C'est notamment le cas en gynécologie et pour certains services spécialisés d'hémato-oncologie.

Le tableau 2 présente les effectifs de certaines spécialités au 1er février 2003 : des postes sont à combler dans toutes les spécialités liées à l'oncologie, à l'exception de la pathologie et de la radiothérapie. Un poste d'adjoint clinique en oncologie a été créé au département d'oncologie du CHVO - Hôpital de Gatineau pour contrer la pénurie d'hémato-oncologues et optimiser l'utilisation des spécialistes en place et ce, afin que ceux-ci se consacrent aux consultations et plans de traitements avec les patients nouvellement diagnostiqués. Le poste de l'adjoint clinique permet la prise en charge des patients ayant des effets secondaires reliés aux traitements de chimiothérapie.

Tableau 2. Effectifs médicaux spécialisés en place et postes disponibles au 1er février 2003, région de l'Outaouais

Spécialité	Effectifs en place	Postes disponibles
Radiologie	10	4
Pathologie	4	0
Chirurgie générale	15	2
Médecine interne	7	4
Hémato-oncologie	3	2
Radiothérapie[1]	2	0

[1] Pour la radiothérapie, les données sur les effectifs médicaux proviennent du portrait des départements de radio-oncologie, fait en mai 2002 par la Direction générale des affaires médicales et universitaires du MSSS. Le nombre de postes disponibles ne tient pas compte du projet d'agrandissement.

Source : Plans régionaux d'effectifs médicaux spécialisés, Direction générale des affaires médicales et universitaires, MSSS, février 2003.

Les soins palliatifs de fin de vie

En Outaouais, on trouve onze lits réservés aux soins palliatifs : cinq au CHVO - Hôpital de Gatineau et six à la résidence spécialisée en soins palliatifs, la Maison Mathieu Froment-Savoie. Une équipe formée d'une infirmière, d'une travailleuse sociale, de bénévoles et de médecins se consacre aux soins palliatifs dans chacune des deux installations du CHVO, où l'infirmière joue le rôle d'infirmière pivot. De plus, des comités d'éthique ont été constitués, à ce centre hospitalier et au CHSLD de Hull. Pour compenser l'absence d'une unité de soins palliatifs, certains centres hospitaliers situés en périphérie ont recours à une équipe mobile.

À la Maison Mathieu Froment-Savoie, qui a reçu 102 personnes en 2000-2001, une équipe interdisciplinaire assume les responsabilités professionnelles ainsi que les tâches administratives et de soutien ; cette équipe reçoit l'appui d'une soixantaine de bénévoles.

Dans les territoires périphériques, l'accès aux soins palliatifs passe par le programme de maintien à domicile des CLSC ou, dans quelques cas isolés, par le CHSLD. La gamme de services offerts y est très inégale par rapport aux zones urbaines. Il existe des partenariats et des ententes de service entre les établissements : le CLSC et le CHSLD Grande-Rivière avec la Maison Mathieu-Froment-Savoie, les CLSC de la Petite-Nation et Vallée-de-la-Lièvre avec le CH-CHSLD de Papineau et, depuis récemment, le CHVO - Hôpital de Gatineau avec le CLSC et le CHSLD de Gatineau.

Enfin, on remarque la rareté des ressources de soutien, de répit ou de dépannage et de suivi du deuil, le peu de groupes de soutien ainsi que l'absence de gardiennage systématique le soir et la fin de semaine. Le soutien aux aidants naturels semble également déficient.

Par ailleurs, l'état de situation régionale indique que l'on dispense une formation de base en soins palliatifs dans l'ensemble des territoires de CLSC et qu'un comité régional en soins palliatifs a été créé en 1999, lequel se consacre notamment à la formation de base et à la collecte d'information permettant de mieux connaître la situation régionale.

L'intégration des services

Il n'existe pas en Outaouais d'équipes interdisciplinaires locales ou régionales, sauf l'équipe interdisciplinaire en radio-oncologie et les deux équipes en soins palliatifs du CHVO. En l'absence d'infirmière pivot, ce sont les infirmières des équipes de soins palliatifs de ce centre qui jouent ce rôle. Au sujet de la continuité, les intervenants soulignent des difficultés de liaison entre les centres hospitaliers et les CLSC, et ils souhaitent revoir le processus d'orientation des patients vers les ressources appropriées. Il existe aussi des problèmes de communication et de continuité des soins entre les omnipraticiens et les spécialistes. De plus, il n'existe à peu près pas de corridors de services intrarégionaux ou interrégionnaux formellement établis (sauf pour la radio-oncologie). Le fonctionnement actuel des références d'un service à un autre repose en grande partie sur des réseaux informels.

2.3 LE MAINTIEN ET L'ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ

La présente section fait état des principales activités visant à garantir ou à améliorer la qualité des soins et des services se rapportant à la lutte contre le cancer. Les activités sont regroupées ici sous cinq rubriques : la surveillance, la formation, la recherche, la gestion de la qualité et l'évaluation.

La surveillance

Pour ce qui est de la surveillance des cancers, seul le CHVO - Hôpital de Gatineau dispose d'un registre local. D'ailleurs, la surveillance de l'incidence des cancers chez les résidants de l'Outaouais est problématique, car environ 20 % des hospitalisations se font en Ontario. À cause des difficultés à intégrer les données ontariennes au Fichier des tumeurs du Québec, la Régie régionale ne peut disposer de données fiables pour sa population. Un second problème s'est ajouté en 1998, quand l'Ontario a cessé de transmettre les données sociosanitaires (naissances, décès, cancers) aux organismes québécois. Celles-ci représentent une part notable des données régionales, mais ne modifient guère le portrait global du Québec.

La formation

Comme la formation en oncologie est assez rare dans la région, les professionnels intéressés doivent se déplacer à l'extérieur. En raison des coûts de déplacement, le nombre de participants est toutefois limité. On a mis sur pied en avril 2000 un programme de formation sur les soins palliatifs pour les infirmières, les intervenants psychosociaux, les médecins, les bénévoles et autres intervenants œuvrant auprès des patients, financé en partie par la Régie régionale. Dans la région, la formation est perçue comme une nécessité et on souhaite qu'il y en ait plus.

La recherche

Le CHVO n'étant pas considéré comme un centre universitaire, la recherche y est peu développée. Malgré cela, une dizaine de projets de recherche, surtout des essais cliniques, sont en cours.

La gestion de la qualité

En ce qui concerne les activités régionales d'assurance de la qualité, le comité des thérapies du cancer en chirurgie du CHVO se réunit régulièrement. À Gatineau, l'équipe en radio-oncologie, tout comme le comité des thérapies du cancer en oto-rhino-laryngologie, se réunit une fois par semaine pour discuter des cas.

Le Comité d'éthique clinique du CHVO fournit un soutien aux professionnels, aux intervenants, aux patients et à leurs familles dans des situations cliniques nécessitant la participation desdits patients. Les documents publiés par le comité traitent notamment de l'acharnement thérapeutique, de l'interruption du traitement, des soins palliatifs, de la prescription du niveau de soins et du testament biologique.

L'évaluation

Des agents de recherche et d'évaluation se consacrent au dossier de l'oncologie. L'évaluation est toutefois difficile dans la région, notamment en l'absence d'un système de surveillance fiable.

2.4 LES GRANDS CONSTATS

Ce coup d'œil sur les soins et services en cancérologie, nous a permis de documenter les différents aspects qui semblent poser problème en matière d'organisation des services, notamment en matière de prévention, d'accessibilité aux soins médicaux de première ligne, à l'accès dans certaines spécialités médicales, au manque de soutien psychosocial, aux soins pharmacologiques, à l'hébergement, au transport et au suivi de la clientèle.

Le continuum de services

Malgré la panoplie de services ou de programmes disponibles dans la région, il n'existe pas de continuum de services pour les personnes atteintes de cancer. Tout d'abord, encore un bon nombre de barrières à l'accessibilité aux services viennent compromettre ce continuum, dont les plus évidentes sont liées aux distances et à la disponibilité des services médicaux de première ligne. Ensuite, les services destinés en matière de cancer à la population et aux personnes atteintes sont encore trop souvent cloisonnés, fragmentés entre les divers secteurs de services ce qui gêne l'évolution du continuum de services. Tel que mentionné précédemment, il n'existe à peu près pas de corridors de services.

Une première synthèse effectuée a permis d'établir les liens entre les éléments en place dans notre région et le programme proposé par le comité provincial.

Les équipes locales

Dans la plupart des territoires, des intervenants œuvrent auprès des personnes atteintes de cancer. Les types de problèmes principalement rencontrés sont :

- le manque de communication et de transmission d'information intra-territoriale ;
- le manque de ressources assignées au cancer ;
- le manque d'effectifs : médecins de 1re ligne, infirmières ;
- le manque de formation ;.
- l'absence de mécanismes formels de référence inter-établissements/organismes

L'équipe interdisciplinaire régionale d'oncologie

Le CHVO est un centre spécialisé qui dessert toute la région. On y retrouve un service de radio-oncologie et divers spécialistes œuvrant dans le domaine du cancer y compris des médecins de famille intéressés aux soins palliatifs. Il existe également une maison d'hébergement en soins palliatifs et un service d'hôtellerie à vocation régionale. Cependant, on note les problèmes suivants :

- le manque de communication avec les territoires ;
- le manque de ressources assignées au cancer ;
- le manque d'effectifs : médecins spécialistes, médecins de 1ère ligne, infirmières ;
- l'absence de mécanismes formels de référence inter-établissements et organismes.

La mise en place des équipes en oncologie, tel que recommandé par le programme québécois de lutte contre le cancer comprenant :

- un chef d'équipe mandaté;
- une infirmière pivot;
- un intervenant psychosocial ;

favorisera un meilleur suivi et un soutien plus adéquat pour la personne atteinte de cancer et pour ses proches.

Les consultations hors-région

Selon les intervenants consultés en 2000, on estimait, dans l'ensemble, que de moins en moins de personnes consultaient hors-région pour des services d'investigation ou de traitements relatifs au cancer. Les références médicales extérieures se faisaient surtout dans les cas de cancers complexes nécessitant l'expertise et un plateau technique en centre tertiaire.

Hormis cela, certaines personnes consultent d'elles-mêmes, hors-région, par habitude de consommation de services en santé (surtout à Ottawa) tandis que d'autres recherchent des centres plus spécialisés offrant une gamme de services complète avec un accès aux protocoles expérimentaux (certains vont jusqu'à Toronto). L'accessibilité naturelle aux spécialistes, les délais d'investigation et le fait que leur médecin de famille pratique à Ottawa sont d'autres éléments qui favorisent la consommation de services hors-région. Relativement aux services, ces personnes atteintes se « sentent prises en charge », elles ont l'impression de faire partie d'un système de soins organisé et structuré. À cet égard, plusieurs intervenants ont suggéré que la région de l'Outaouais s'inspire du modèle d'organisation de services en cancérologie d'Ottawa qui favorise davantage l'approche globale. De plus, rappelons qu'avec la situation actuelle de pénurie de ressources, les acquis sont fragiles.

3 LES GRANDES ORIENTATIONS

Les orientations sont des résultats recherchés à plus long terme vers lesquels doit tendre l'organisation des services en oncologie. Au niveau régional, nous avons retenu quatre grandes orientations :

- Le cancer, une priorité de santé en Outaouais ;
- Une approche globale de lutte contre le cancer ;
- Les soins et services centrés sur la personne ;
- La qualité de nos interventions.

En lien avec les problématiques, les axes d'intervention du plan d'action sont des énoncés indiquant une direction, un secteur d'activités ou un ensemble des moyens qui seront développés prioritairement pour actualiser les orientations régionales.

3.1 LE CANCER, UNE PRIORITÉ DE SANTÉ EN OUTAOUAIS

À l'instar de la population du Canada, environ le tiers de la population de l'Outaouais contractera un cancer à un moment donné de leur vie et la moitié y survivra à long terme[11]. La croissance et le vieillissement de la population auront pour effet une augmentation constante du nombre de personnes atteintes de cancer chaque année. Les pressions considérables qu'exerce le fardeau du cancer sur le système de santé sont énormes et ne cesseront d'augmenter. C'est pourquoi il est important et pressant que le cancer soit reconnu comme une priorité de santé par les décideurs, les professionnels de la santé et la population de l'Outaouais.

Les moyens pour y parvenir se rapportent, principalement, par l'obtention du soutien des décideurs à l'implantation du programme d'interventions et de services intégrés en matière de lutte contre le cancer en Outaouais et une meilleure connaissance de cette problématique, du programme et des services et interventions disponibles dans la région par les intervenants impliqués, les personnes atteintes de cancer et toute la population en général.

3.2 UNE APPROCHE GLOBALE DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Un programme complet de lutte contre le cancer doit toucher à l'ensemble des dimensions du continuum de services. Ces dimensions sont :

- La promotion de la santé et la prévention du cancer ;
- Le dépistage et la détection précoce ;
- L'investigation ;

[11] SANTÉ CANADA. *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. Rapport de synthèse – version provisoire*. Ottawa, page 4

- Le traitement curatif et palliatif, notamment la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie ;
- Le soutien ;
- Les soins palliatifs de fin de vie .

Les activités de promotion et de prévention, malgré le fait qu'elles sont régulièrement considérées comme essentielles, sont rarement intégrées dans un plan d'ensemble. Le clivage santé/maladie est maintenu alors qu'il paraît de plus en plus évident que l'incidence de certains cancers (poumon, sein, côlon...) peut être diminuée par l'adoption de saines habitudes de vie ou pour lesquels l'efficacité des tests de dépistage a été démontrée et tel qu'énoncé dans le programme québécois de lutte contre le cancer [12]:

> « Pour répondre adéquatement aux besoins des personnes, il importe de concevoir une organisation qui tienne compte de l'ensemble des services nécessaires et propose des moyens de les utiliser de manière coordonnée et complémentaire. »

3.3 LES SOINS ET SERVICES CENTRÉS SUR LA PERSONNE

La personne atteinte et son réseau naturel de soutien doivent être au centre de l'organisation de services. Sa compétence, ainsi que celle de ses proches, pour s'adapter aux exigences d'une maladie chronique telle que le cancer doit être reconnue et renforcée. Ainsi, les modalités d'intervention doivent s'inscrire dans une approche qui vise à assurer l'assimilation durable des acquis et la participation active des personnes atteintes et leurs proches à l'élaboration du plan de services.

De plus, la tendance actuelle d'apporter des soins aux personnes atteintes de cancer dans sa collectivité devrait augmenter en reconnaissant que le traitement doit être disponible aussi près du domicile que possible. Dans l'Outaouais, les services de base (soutien, transport,..) et les services spécialisés (chimiothérapie..) à offrir dans les réseaux locaux devront être définis selon des critères d'efficacité et des normes de qualité.

3.4 LA QUALITÉ DE NOS INTERVENTIONS

La qualité des interventions et des services est un élément essentiel au programme de lutte contre le cancer. Par qualité, nous entendons, non seulement la pertinence, l'efficacité et l'efficience des services offerts mais également la qualité de vie et la satisfaction des personnes atteintes et leurs proches.

---

[12] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998, p 39

Quatre moyens sont mis de l'avant afin d'assurer la qualité des interventions et services :

1) par le maintien et le développement des compétences de tous les intervenants impliqués dans la lutte contre le cancer, de l'oncologue spécialisé au bénévole, travaillant auprès des personnes atteintes;
2) par le soutien à la recherche en région;
3) par la surveillance de l'état de santé de la population;
4) par le monitoring de la mise en œuvre du plan d'action régional de même que l'évaluation de la mise en place d'un réseau intégré.

Le maintien et le développement des compétences des intervenants

Avec l'avancement rapide des connaissances scientifiques et des progrès technologiques en matière de lutte contre le cancer, il est difficile de se tenir à jour. C'est pourquoi, l'éducation médicale continue, la dissémination des guides de pratiques reconnues efficaces et leur mise en application sont considérées essentielles. De plus, le partage des connaissances et des savoirs de chacun des différents intervenants, au sein des équipes multidisciplinaires et des comités des tumeurs des centres hospitaliers, favoriseront aussi le développement des compétences.

La recherche

Il apparaît essentiel d'encourager la participation à la recherche clinique et d'interventions en région même si le contexte s'y prête beaucoup moins bien que dans les grands centres. Car la recherche est importante afin de pouvoir offrir aux patients l'accès à des interventions/traitements d'avant-garde ou expérimentaux et aussi, afin de garder la motivation des professionnels intéressés à la recherche. Le programme favorisera le contact entre les chercheurs afin, entre autres, d'encourager la participation des spécialistes à des recherches multicentriques. Le soutien au développement des liens avec les établissements universitaires de la région permettra possiblement de développer des collaborations de recherche dans le domaine du cancer.

La surveillance, le suivi et l'évaluation

Suivre l'évolution de l'état de santé de la population en matière de cancer et s'assurer de la diffusion de cette information est très important car le suivi des indicateurs d'impact socio-sanitaires permettent de soutenir le processus de planification et la prise de décisions et de réviser les orientations si nécessaire.

Faire le suivi de la mise en œuvre du plan régional de lutte contre le cancer permettra de juger des progrès réalisés, d'identifier les embûches rencontrées et d'y remédier

L'évaluation de l'intégration des interventions et des services en matière de lutte contre le cancer est fondamentale car elle est la pierre angulaire du programme régional. Ce nouveau mode de fonctionnement nécessitera sans doute des changements importants de la part de tous les acteurs impliqués. C'est pourquoi il sera important de suivre l'évolution de ce processus. L'objectif du programme étant d'offrir aux personnes atteintes de cancer en Outaouais de meilleurs services, leur point de vue quant à l'accessibilité, la continuité et la qualité des services reçus sera une démarche prioritaire.

4 L'INTÉGRATION DES INTERVENTIONS ET DES SERVICES

L'intégration est la stratégie d'action qui a été retenue par le Programme québécois de lutte contre le cancer car elle vise d'une façon générale à inciter les acteurs à coopérer plus étroitement de façon à mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles pour réduire la fragmentation de l'offre des soins et accroître l'efficience du système de soins.

Le présent texte est tiré principalement du modèle d'intégration développé par Contandriopoulos et Denis décrit dans l'article suivant : Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. *Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 2001;8(2) :38-52.

Définition d'un réseau intégré

Un réseau intégré de services est un ensemble d'acteurs et d'organisations interreliés et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie.

Le processus d'intégration des services vise tout d'abord à coordonner, de façon durable, les pratiques d'acteurs autonomes et interdépendants pour mieux réaliser les projets collectifs souhaités en regard des réseaux intégrés de services.

Dans un réseau intégré, l'interdépendance est omniprésente: aucun des acteurs ou organisations n'ayant toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur ou organisation est confronté(e). La reconnaissance de cette interdépendance forte des divers acteurs et des différentes composantes du système de soin est nécessaire et constitue le fondement de la recherche d'une plus grande intégration.

La coopération des acteurs est aussi au centre de la problématique de l'intégration. La coopération est le mode de relation que des acteurs ou organisations, en situation d'interdépendance, ont tendance à privilégier, plutôt que la concurrence, quand ils partagent les mêmes valeurs et s'entendent sur une philosophie d'intervention commune, quand ils évaluent positivement le travail des autres acteurs, quand ils s'accordent sur le partage de leurs domaines de compétences et sur la coordination de leurs tâches, et enfin quand ils sont placés dans un contexte organisationnel favorable. Pour qu'il y ait une coopération durable, la négociation entre les acteurs et les organisations et l'évaluation qu'ils font des résultats de la collaboration doivent être continues.

La coordination est l'ensemble des arrangements qui permet d'agencer des ressources (humaines et financières) et des interventions pour réaliser un projet collectif (globalité et continuité des soins). Un des enjeux de l'intégration consiste à créer de nouveaux espaces de coordination entre les acteurs et des organisations autonomes ayant leur propre frontière (établissements vs réseau intégré).

Les composantes d'un réseau intégré des services

Pour qu'un réseau intégré de soins cliniques puisse fonctionner de façon harmonieuse, il faut qu'il y ait cohérence entre :

- Le système clinique **est constitué des modalités de prise en charge des patients et des règles de bonnes pratiques.**

- La gouverne **est formée d'un système de gestion, d'un système de financement et d'un système d'information.**

- Le système de représentations et de valeurs **est défini par l'ensemble des croyances, des valeurs qui permettent aux acteurs de communiquer entre eux et par le fait même, de coordonner leurs actions et de coopérer.**

Les quatre dimensions (niveaux) de l'intégration

Les dimensions de l'intégration visent à établir une cohérence entre le système clinique, la gouverne et le système collectif de valeurs qui structurent l'espace dans lequel les acteurs et les organisations interagissent. Elles visent toutes à institutionnaliser les relations de coopération entre les acteurs et les organisations en situation d'interdépendance par rapport à un projet commun.

Intégration clinique comprend l'intégration des soins et des services et celle des équipes.

- **L'intégration des soins et services** vise à assurer que les services fournis par les différents professionnels dans les différents lieux ou organisations s'articulent dans le temps aux besoins spécifiques de chaque personne souffrante. La participation active des médecins au sein des équipes cliniques est une condition nécessaire à la réussite de l'intégration des services. L'intégration des soins et services est la finalité recherchée par ce processus.

- **L'intégration des équipes** consiste en la constitution d'équipes de professionnels multidisciplinaires (pré requis pour offrir des soins continus et globaux) et de l'articulation des ces équipes à la structure du réseau.

Intégration fonctionnelle consiste à créer une gouverne commune pour prendre les décisions et assumer les responsabilités du réseau intégré. Celle-ci met en place les conditions qui permettent la constitution et le fonctionnement durable d'équipes cliniques.

Intégration systémique signifie que les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins de santé (environnement plus global) doivent être cohérents avec la dynamique du réseau intégré local.

Intégration normative vise à assurer qu'il y a une cohérence entre le système collectif de représentations et de valeurs des acteurs et les modalités d'organisation du système clinique intégré. Elle donne aux acteurs un système commun de référence qui leur permet de coopérer pour réaliser le projet collectif dans lequel ils sont impliqués.

La mise en œuvre de l'intégration :

L'implantation d'un système de soins intégrés est une entreprise longue, difficile et exigeante. Elle implique, simultanément et de façon récurrente, que les pratiques des acteurs changent et que les relations entre les organisations se transforment.

Ce processus de changement peut prendre naissance à n'importe quel niveau d'intégration. Toutefois, pour que les changements apportés à l'un ou à l'autre des ces niveaux entraînent les acteurs dans de nouvelles relations stables et durables de coopération, il faut que l'intégration s'élargisse à tous les autres niveaux.

Conditions nécessaires pour assurer le changement:

- Qu'il y ait un leadership fort ;
- Qu'il soit perçu par un grand nombre d'acteurs comme le moyen de réaliser un projet collectif excitant et non seulement imposé de l'extérieur ;
- Qu'il soit encouragé par des modalités organisationnelles favorables ;
- Qu'il y ait un espace où il puisse se déployer.

Évaluation constante et dynamique :

Le suivi et l'évaluation de l'implantation, du fonctionnement et des impacts du réseau intégré sont un facteur de succès à la pérennité et l'évolution de ce projet. Des questions-clés devront être posées en cours d'implantation : dans quelles mesures les services sont-ils intégrés? L'accès aux services est-il meilleur? Qu'en est-il de la continuité et la globalité des soins et services? Qu'en est-il de la qualité des services? etc. Plusieurs personnes seront mises à contribution afin de pouvoir accomplir cette importante tâche : les intervenants impliqués, les gestionnaires et, bien entendu, les patients atteints de cancer et leurs familles.

5 LE PLAN D'ACTION DU PROGRAMME RÉGIONAL D'INTERVENTIONS ET DE SERVICES INTÉGRÉS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Suite à l'analyse du bilan régional des soins et services et des Orientations de lutte contre le cancer, si l'on veut assurer un continuum de services tenant compte des multiples facettes de la maladie et répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer, de leurs proches, de la population en général et des intervenants, il est de toute évidence nécessaire de mettre sur pied, au plan régional, un réseau de lutte contre le cancer afin, non seulement, de réduire la morbidité et la mortalité liées au cancer mais d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer et celle de leurs proches.

Les priorités d'action à développer devraient notamment viser à :

- S'assurer du diagnostic, du suivi et du soutien des personnes atteintes et de l'application des traitements, particulièrement ceux qui touchent la chimiothérapie, les soins de soutien et les soins de fin de vie ;
- Améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne pour favoriser la prévention, le dépistage et le diagnostic précoce ;
- Améliorer l'accessibilité en oncologie médicale et en chimiothérapie ;
- Assurer l'accès aux médicaments pour tous les patients en oncologie ;
- Assurer l'accès à des services de soutien psychosocial dès l'annonce du diagnostic du cancer ;
- Assurer aux personnes atteintes et aux intervenants une accessibilité continue à l'information et à une coordination des interventions ;
- Améliorer les communications interétablissements ;
- Assurer le développement et le maintien d'une expertise régionale et l'utilisation optimale des ressources ;
- Développer et maintenir l'expertise des intervenants et la qualité des services ;
- Développer le volet promotion / prévention et dépistage ;
- Assurer l'accès à l'information nécessaire au monitoring (données d'incidence, de mortalité, de consommation et de coûts).

Ces priorités d'action constituent le point de départ pour le développement du plan d'action.

Il s'agit donc de mettre en place une organisation de services et de soins intégrés qui permettra d'actualiser les priorités d'action. L'organisation proposée par le Programme québécois de lutte contre le cancer repose sur la mise en place d'équipes interdisciplinaires. Ce modèle d'organisation est basé sur une hiérarchisation des services selon laquelle chaque équipe assume les responsabilités correspondant à sa mission locale, régionale ou suprarégionale.

Pour garantir le fonctionnement interdisciplinaire, l'adhésion des membres de l'équipe à ce mode de fonctionnement, de même que leur engagement, est essentiel. Un chef d'équipe mandaté devra s'assurer du fonctionnement interdisciplinaire et veiller à ce que les membres reçoivent la formation, le soutien et la supervision dont ils ont besoin. Il est également essentiel qu'un leadership médical soit assuré[13]. Les équipes devront être composées minimalement d'une infirmière pivot, d'infirmières, d'un médecin, d'un pharmacien, d'un intervenant psychosocial, d'une nutritionniste, de l'intervenant responsable de l'équipe de maintien à domicile ayant de l'expérience en oncologie et des intervenants bénévoles engagés dans les activités de soutien. De manière ponctuelle ou permanente, les chirurgiens appelés à intervenir pourront se joindre à l'équipe locale. En ce qui a trait aux équipes régionale et suprarégionale, celles-ci devront s'adjoindre des spécialistes tels que hémato-oncologue, oncologue médical, radio-oncologue, radiologiste, pathologiste, etc.

Pour assurer un suivi systématique des personnes atteintes de cancer, à partir du dépistage jusqu'à la fin de la phase palliative et des soins de fin de vie, des infirmières pivots en oncologie permettraient :

- Pour la personne atteinte de recevoir :

  - des soins et des services plus spécifiques;
  - des soins et des services continus et complémentaires entre les intervenants du milieu et ceux des centres spécialisés.

- Pour les organisations :

  - d'améliorer la qualité des soins et des services à la clientèle;
  - de favoriser des relations optimales entre les établissements et les organismes;
  - d'éviter les duplications entre les différents intervenants ce qui entraînerait une plus grande efficacité.

Ainsi, l'intégration des infirmières pivots en oncologie à l'intérieur des équipes interdisciplinaires, améliorerait l'accès à un continuum de services et de soins et accroîtrait la qualité de vie des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

[13] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DIRECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES. *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches : paramètres d'organisation*. Québec, avril 2004, pages 17-18.

Afin de coordonner les différentes interventions en matière de prévention et de promotion, une équipe interdisciplinaire doit prendre en charge le mandat de prévention des maladies chroniques. Cette équipe sera constituée minimalement de professionnels de santé publique, de représentants d'université et d'épidémiologiste.

Ci-dessous, on retrouve les orientations, les axes d'intervention et les objectifs du plan d'action régional pour l'actualisation du programme régional d'interventions et de services intégrés en matière de lutte contre le cancer. Le plan d'action détaillé se retrouve à l'annexe 3.

PLAN D'ACTION 2004-2007 POUR L'OUTAOUAIS
PROGRAMME RÉGIONAL D'INTERVENTIONS ET DE SERVICES INTÉGRÉS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER,

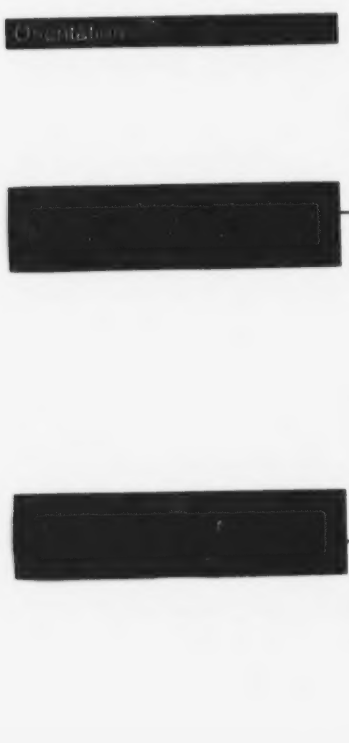
	AXES D'INTERVENTION	OBJECTIFS
[redacted] →	1 - La reconnaissance par les décideurs, les professionnels de la santé et la population du cancer comme priorité de santé	1. Adoption par les décideurs des Orientations et le plan d'action régional du programme de lutte contre le cancer de façon à se les approprier et en être imputables ; 2. Conscientiser les partenaires à la problématique du cancer dans la région de l'Outaouais.
[redacted] →	1 - La coordination et la continuité des interventions en matière de lutte contre le cancer	1. Partager une vision commune régionale ⇨ Remettre en place le comité régional de lutte contre le cancer. 2. Améliorer l'accès à un continuum de services de lutte contre le cancer et ce, au niveau local et régional. ⇨ Définir les rôles et responsabilités des infirmières pivots locales, des infirmières en oncologie et de la coordonnatrice régionale en oncologie et mise en place; ⇨ Définir les rôles et responsabilités et la composition des équipes interdisciplinaires régionale et locales et mise en place; ⇨ Définir le continuum d'interventions dans la lutte contre le cancer; ⇨ Consolider et développer les services minimaux et mise en place des infrastructures et des équipements nécessaires. 3. Améliorer la cohérence, la complémentarité et l'adéquation de l'ensemble des activités et interventions en matière de lutte contre le cancer ; 4. Assurer la coordination de la mise en place et du bon fonctionnement du réseau intégré au niveau territorial et régional ; 5. Établir les mécanismes de collaboration et de concertation entre les différents intervenants, établissements et organismes à but non lucratif (OBNL).

[redacted]	Axes d'intervention	Objectifs
[redacted]	2 - Intensification et coordination des efforts en matière de promotion et prévention	1. Coordonner les différentes interventions selon une perspective globale de prévention des maladies chroniques (cancer, maladies cardio-vasculaires, diabète type II et maladies pulmonaires obstructives chroniques) ; 2. Améliorer l'accès à des interventions de promotion et de prévention dans chacun des réseaux locaux ; 3. Améliorer l'accès à des interventions de dépistage dans chacun des réseaux locaux.
	3 - Optimisation des différents services de soutien, de réadaptation et de soins palliatifs	1. Améliorer l'accès à des services de soutien et ce à un niveau local et régional ; 2. Favoriser l'émergence de groupes de soutien dans la communauté ; 3. Améliorer l'accès à des services de réadaptation et ce à un niveau local et régional ; 4. Améliorer l'accès à des services de soins palliatifs et ce à un niveau local et régional.
[redacted]	1 - La coordination des interventions	1. S'assurer de la prise en charge et de la continuité des soins dès l'annonce du diagnostic jusqu'à la rémission, la guérison ou le décès.
	2 - Partage d'informations entre les intervenants impliqués et avec la personne atteinte et ses proches	1. Assurer à la personne atteinte de cancer et à ses proches un accès facile à de l'information de qualité ; 2. Assurer aux intervenants impliqués une circulation fluide de l'information tout en préservant la confidentialité des données.

Orientations	Axes d'intervention	Objectifs
1re – Le cancer, une priorité de santé dans l'Outaouais		
2e – Approche globale de lutte contre le cancer *(suite à la page suivante)*		

Orientations	Axes d'intervention	Objectifs
2° – Approche globale de lutte contre le cancer	▸	
	▸	
3° – Soins et services centrés sur la personne *(suite à la page suivante)*	▸	
	▸	

Orientations	Axes d'intervention	Objectifs
3e – Soins et services centrés sur la personne	3 – Décentralisation des services et égalité interterritoriale	1 – Assurer l'accès à des services médicaux de première ligne pour la prévention, le dépistage, le diagnostic précoce et le suivi ; 2 – Assurer l'accessibilité de la radiothérapie et de la chimiothérapie dans l'ensemble des régions du Québec ; 3 – Assurer un accès équitable et une répartition optimale des ressources en radiothérapie.
	4 – Développement des services de transport et d'hébergement spécialisés	1 – Assurer l'accès au transport et à l'hébergement lorsque requis (admissibilité, règles d'accessibilité, etc.).
4e – Qualité de nos interventions	5 – Maintien et développement des compétences des intervenants	1 – S'assurer de la mise à jour et de la formation des professionnels et intervenants impliqués ; 2 – Assurer le développement, le maintien d'une expertise régionale et l'utilisation optimale des ressources ; 3 – Intégrer les pratiques cliniques préventives (PCP) en première ligne (notamment celles reliées à la prévention et au dépistage du cancer).
	6 – Recherche	1 – Favoriser la participation des specialistes à des recherches multicentriques ; 2 – Développer des liens avec les établissements universitaires afin de développer des recherches régionales dans le domaine du cancer.
	7 – Suivi, évaluation et amélioration continue	1 – Assurer la mise en place des mesures d'appui au Plan cancer ; 2 – Faire le bilan de la mise en œuvre du programme et des plans d'actions régionaux de lutte contre le cancer ; 3 – Soutenir l'amélioration de l'état de santé de la population en matière de cancer et s'assurer de la diffusion de cette information ; 4 – Favoriser les interventions en prévention primaire du cancer.



Axes d'intervention	Objectifs
3 - Décentralisation des services et équité inter-territoriale	1. Améliorer l'accès à des services médicaux de première ligne pour la prévention, le dépistage, le diagnostic précoce et le suivi ; 2. Améliorer l'accessibilité en oncologie médicale et en chimiothérapie dans chacun des réseaux locaux ; 3. Assurer un accès équitable et une utilisation optimale des médicaments en oncologie.
4 - Rehaussement des services de transport et d'hébergement	1. Assurer l'accès au transport et à l'hébergement lorsque requis (disponibilité, coûts abordables, etc.).
1 - Maintien et développement des compétences des intervenants	1. S'assurer de la mise à jour et de la formation des professionnels et bénévoles impliqués ; 2. Assurer le développement, le maintien d'une expertise régionale et l'utilisation optimale des ressources ; 3. Intégrer les pratiques cliniques préventives (PCP) en première ligne (notamment celles reliées à la prévention et au dépistage du cancer).
2 - Recherche	1. Favoriser la participation des spécialistes à des recherches multicentriques. 2. Développer des liens avec les établissements universitaires afin de développer des recherches régionales dans le domaine du cancer.
3 – Suivi / évaluation / surveillance	1. Évaluer la mise en place du réseau intégré de lutte contre le cancer. 2. Faire le suivi de la mise en œuvre du programme et du plan d'action régional de lutte contre le cancer. 3. Suivre l'évolution de l'état de santé de la population en matière de cancer et s'assurer de la diffusion de cette information. 4. Évaluer les interventions en promotion/prévention du cancer.

6 LES CONDITIONS DE RÉALISATION

Il va de soi que la réalisation du plan d'action incluant la signature des diverses ententes de partenariat, nécessitera une implication majeure de tous les acteurs et un engagement face à la vision de services intégrés à développer. Mais, au-delà de la vision, les facteurs opérationnels de succès sont multiples et devront faire l'objet de suivis lors des travaux spécifiques dans l'actualisation de la mise en œuvre du plan d'action.

L'engagement des partenaires

L'engagement des décideurs, des professionnels de la santé et de la population de l'Outaouais est essentiel pour l'appropriation du plan d'action régional. Cette appropriation est impérative pour que le cancer soit reconnu comme une priorité de santé.

La coordination et la continuité

La coordination et la continuité par les équipes interdisciplinaires intégrant une infirmière pivot, un médecin, un intervenant psychosocial, un pharmacien, une nutritionniste, un intervenant responsable de l'équipe de maintien à domicile et une coordonnatrice régionale sont des acteurs clés dans l'atteinte des soins et des services continus de qualité à toutes les étapes du cheminement du patient dans la maladie et dans le système de santé.

La mobilisation et le recrutement des ressources humaines

Une attention particulière doit être accordée pour accroître la disponibilité et la mobilisation des ressources humaines en oncologie. La pénurie actuelle des ressources humaines oeuvrant dans le domaine du cancer rend difficile l'utilisation optimale des ressources et des expertises de manière intégrée.

L'allocation financière

Le plan d'action régional doit être soutenu par un financement adéquat pour les équipes interdisciplinaires en oncologie. Ce financement doit aussi permettre de consolider et de développer les infrastructures et les équipements pour permettre la mise en place des services minimaux. Finalement, il faut reconnaître les coûts de la maladie pour la personne atteinte et pour ses proches. Des mesures de financement additionnelles ou la possibilité de programme fiscaux doivent être explorées.

Soutien informatique

En vue d'une véritable intégration des services en oncologie, le MSSS est en voie d'assurer le développement d'outils informatisés du type dossier unique d'usager. Aux niveaux régional et local, des outils de soutien aux références et suivi des clientèles devront être développés.

Attentes en matière d'adaptation de services et d'amélioration de la qualité

L'Agence et les équipes interdisciplinaires locales et régionale seront appelées à assurer la mise en place de l'ensemble des outils permettant une démarche continue d'amélioration de la qualité des services.

Cibles régionales, ententes de gestion et ententes de services

Des cibles en lien avec la lutte contre le cancer pourront s'inscrire dans les ententes de gestion et d'imputabilité. Des mécanismes de suivi des cibles fixées et de reddition de compte seront précisés dans le cadre de la démarche de préparation des ententes de gestion. Des ententes de services prévoyant une description de la clientèle visée, les services offerts, les responsabilités des parties impliquées et les modalités de fonctionnement devront être déterminées afin de relier formellement les niveaux local, régional et suprarégional.

ANNEXE 1

COMITÉ RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Bégin, Éric	CH des Vallées de l'Outaouais
Benfey, Martin	Centre de santé du Pontiac
Brisson, Sonia	CH des Vallées de l'Outaouais
Brown, Pierre	CH-CHSLD de Papineau
Corriveau, Mario	CH des Vallées de l'Outaouais
Duguay, Chantale	CLSC de Hull
Fitzback, Suzanne	Maison Mathieu Froment-Savoie
Fortin Pauline	Agence de développement de l'Outaouais
Gendron, Céline	CH des Vallées de l'Outaouais
Pépin, Micheline	Société canadienne du cancer
Girard, Roger	Agence de développement de l'Outaouais
Kluke, Brenda	Centre de santé du Pontiac
Lepage, Mario	CLSC et CHSLD de Gatineau
Martin, Sylvie	Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau
Portelance, Lorraine	CH des Vallées de l'Outaouais
Rancourt, Danielle	Centre de santé du Pontiac

Les membres du groupe de travail :

Du CHVO :

Bourgeois, Patrick	CHVO - Hôpital de Gatineau
Corriveau, Mario	CHVO - Hôpital de Gatineau
Plante, Céline	CHVO - Hôpital de Hull

De l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de l'Outaouais :

Chénier, Danielle	Direction des services de gestion
Fortin, Pauline	Direction de la santé physique et des affaires médicales
Hawley-McDonald, Gail	Direction générale adjointe
Larouche, Marie	Direction de la santé mentale et sociale
Pelletier, Louise	Direction de la santé publique

ANNEXE 2

État de situation régionale 2002

Synthèse des forces et faiblesses

	Forces	Faiblesses
Promotion / Prévention	PQDCS	• Manque de visibilité et de cohérence dans tous les programmes, incluant le tabagisme. **Dépistage** • Manque d'information sur le dépistage ; • Comportement difficile à modifier ; • Manque de médecins.
⇩		
Apparition des signes et symptômes		• Manque de médecins de première ligne • Modalité de prise de rendez-vous • Accès aux médecins de première ligne
⇩		
Examens diagnostiques Consultations spécialisées chirurgie	**Prélèvements et analyses :** Accès et délais bons ***Chirurgie*** *accès et délais bons* Accès rapide à imagerie et consultations spécialisées si demande par md de première ligne **Se déplacent** chirurgie générale, médecine interne	• Transport (rural > urbain); • Hébergement requis ou hospitalisation si tests sur plusieurs jours ou tôt le matin ; • Pénurie de médecins de famille. **Imagerie** • Manque de rapport préliminaire →délai dans investigation ; • Pénurie de radiologistes ; • Pas d'ententes formelles pour les services médicaux de deuxième ligne ; • Pas de résonance magnétique ; • Délais longs en ORL, gynécologie et gastro-entérologie.
⇩		
Confirmation et annonce du diagnostic		• Manque de communication entre spécialistes et médecin de famille ; • Pas de soutien psychosocial entre l'annonce du diagnostic et début du traitement ; • Manque de connaissances des services disponibles (intervenants et population).
⇩		
Traitements	**Radio-oncologie** ***Équipe*** Excellent fonctionnement Processus formalisé **Chimiothérapie** Hull, Gatineau et Shawville **Chimiothérapie et radio-oncologie** Les délais sont bons Infirmière pour la gestion des symptômes au CHVO – Hôpital de Gatineau Suivi immédiat et accessibilité 24/7 par les CLSC lorsque référence par le CH.	**Chirurgie** • Curiethérapie : Problème de temps opératoire. **Chimiothérapie** • Seuil critique en effectifs médicaux oncologues (En 2 ans, 5 à 2 et bientôt 1) et en médecine interne (6 sur 11) ; • Non dispensé au CH-CHSLD de Papineau ; • Locaux insuffisants à Hull ; • Protocoles expérimentaux non disponibles • Diminution de l'offre de services dans les territoires (Maniwaki) • Données non comparables d'un établissement à un autre.

	Forces	Faiblesses
	Hospitalisations Augmentation de la rétention en ORL **Pharmacie** Ajout de temps pharmacien au CHVO - Hôpital de Gatineau **Coûts des médicaments** Correction de la situation d'inéquité : certains CH font payer, d'autres non.	**Hospitalisations** • Augmentation en Ontario pour cancer du sein, hémato-oncologie, gynéco-oncologie. **Référence et suivi CLSC** • Principalement pour administration de médicaments et peu pour besoins autres ; • Manque d'information lorsque référence au CLSC par CH ; • Mécanismes de référence CH-CLSC à revoir (amélioration dans le territoire des Collines – infirmière de liaison) ; • Peu de services de soutien psychosocial en externe, sauf au CHVO - Hôpital de Gatineau. **Réadaptation** • Programmes développés dans le centre régional mais actuellement offerts dans un hôpital ; • Peu d'interventions en réadaptation en CLSC (3,5 % des interventions). **Pharmacie** • Pas de temps clinique pour pharmaciens ; locaux inadéquats à Hull ; • Besoins de formation pour pharmaciens communautaires et problèmes d'approvisionnement.... **Médicaments** • Augmentation des coûts ++++. **Coûts et problèmes de transport** • Parfois abandon du traitement ou choix d'un traitement non optimal ; • Manque d'hébergement adapté ; • La presque totalité des personnes ont des frais et manque à gagner ➔problèmes importants.
⇩		
Suivi post traitement Soins palliatifs	Entente CLSC et CH-CHSLD dans un territoire pour hospitalisation rapide pour les soins palliatifs. Programme structuré de soins palliatifs dans certains CLSC	**Suivi fragmenté** • Plusieurs spécialistes, médecins de famille peu impliqués, manque de continuité. • Manque d'informations lorsque référence au CLSC par CH ; • En urbain : Collaboration, concertation et coordination peu développées à tous les niveaux, sauf pour le CLSC et CHSLD Grande-Rivière et la Maison Mathieu Froment-Savoie ; • Nombre de lits dédiés aux soins palliatifs insuffisants et manque de ressources répit-dépannage ; • Manque d'équipes dédiées en soins palliatifs ; • Manque de philosophie commune ; • Manque de formation : contrôle de la douleur et autres ; • Soutien aux aidants naturels déficient ; • Manque de médecins en soins palliatifs.

De façon continue :

Forces

- **Motivation des intervenants malgré leur essoufflement .**

Faiblesses

- L'augmentation des ressources n'a pas suivi l'augmentation des besoins ;
- Manque de soutien psychosocial, matériel et financier ;
- Problème majeur de transport ;
- Manque de communication et de transmission de l'information entre intervenants et inter établissements ;
- Méconnaissance des ressources et des services disponibles (intervenants et clientèle).

24 mai 2002

ANNEXE 3

PLAN D'ACTION 2004-2007

DU PROGRAMME RÉGIONAL D'INTERVENTIONS ET DE SERVICES INTÉGRÉS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Première Orientation : le cancer, une priorité de santé dans l'Outaouais

Axe 1

La reconnaissance par les décideurs, les professionnels de la santé et la population, du cancer comme priorité de santé

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
1. **Adoption par les décideurs du plan d'action régional du programme de lutte contre le cancer de façon à se les approprier et en être imputable**	Intégration du programme régional de lutte contre le cancer dans la planification de l'Agence et dans le plan d'action régional de la santé publique (PAR)	Agence et Comité régional de lutte contre le cancer (Comité régional)	L'agente de programme de l'Agence qui coordonne le programme et du temps de secrétariat	Objectifs reliés à la lutte contre le cancer intégré dans les plans d'action et les ententes de gestion	Printemps 2004
	Adoption par le conseil d'administration de l'Agence du plan d'action régional 2004-2007	Agence et Comité régional	Les membres du Comité régional soient libérés pour participer	Plan d'action adopté par le conseil d'administration de l'Agence lors d'une séance régulière	Printemps 2004
	Adoption par les conseils d'administration des réseaux locaux de leurs plans d'action de lutte contre le cancer	Agence, Comité régional et gestionnaires des réseaux locaux	Les incitatifs nécessaires sont disponibles pour les ressources médicales pour favoriser leur participation	Plan d'action local adopté par le conseil d'administration des réseaux locaux lors d'une séance régulière	Automne 2005
	Assurance par les décideurs de la disponibilité des ressources nécessaires pour l'implantation des stratégies retenues	Agence et Comité régional		Budget présenté pour la réalisation des stratégies retenues	Automne 2004 et automne 2005
2. **Conscientiser les partenaires à la problématique du cancer dans la région de l'Outaouais**	Consultation élargie du réseau lors de la planification régionale du programme	Agence et Comité régional	L'agente de programme de l'Agence qui coordonne le programme et le Comité régional	Nombre de rencontres dans les différents territoires de la région	Printemps 2004
	Consultation des instances décisionnelles		Temps de secrétariat	Catégories de professionnels présents à chaque rencontre	

Deuxième Orientation : Approche globale de lutte contre le cancer

Axe 1
La coordination et la continuité des interventions en matière de lutte contre le cancer

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
1. Partager une vision commune régionale afin de favoriser le développement d'une vraie culture réseau	Remise en place du Comité régional en s'assurant d'une représentativité des médecins omnipraticiens et spécialistes (oncologue, hémato-oncologue, radio-oncologue, chirurgien oncologique et autres au besoin...), de personnes ayant vécu avec le cancer, de gestionnaires de réseaux locaux (cadre supérieur et cadres intermédiaires), de représentants d'organismes à but non lucratif (OBNL), de professionnels et de représentants de l'Agence. Le mandat du Comité consiste à : • Superviser un bilan de la situation régionale des programmes et services relatifs au cancer et des besoins de la population en cette matière. ***(réalisé en juillet 2002)*** • Concevoir le programme régional de lutte contre le cancer à partir du bilan régional et des orientations du programme québécois de lutte contre le cancer ***(réalisé en avril 2004)***	Agence, Comité régional et réseaux locaux	Budget récurrent pour le fonctionnement du Comité (dédommagement lorsque nécessaire, repas, documentation...) Budget récurrent pour les participants bénévoles Temps de secrétariat	Nominations des représentants Bilan de l'évolution et des réalisations des travaux du Comité	Automne 2004

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
	• Déterminer les priorités d'action • Proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services existants et de combler les lacunes • Proposer des modalités pour une utilisation rationnelle des ressources du réseau et des ressources bénévoles • Proposer des mesures de résultat • Évaluer les besoins de formation • Recommander des moyens de diffusion du programme régional auprès de la population de la région				
	Élaboration d'un plan de formation annuel en priorisant pour la première année des formations sur l'intégration des services et sur l'infirmière pivot	Agence et Comité régional	Budget récurrent pour l'organisation des formations (budget 2004-2005 est de 9 000 $)	Plans de formation déposé au Comité régional	Annuellement
	Plan de formation pour les infirmières qui occuperont les postes d'infirmières pivots et les postes d'intervenants psychosociaux		Soutien pour la logistique de la formation	Formations sur l'intégration et sur l'infirmière pivot données Nombre de participants aux deux types de formation Nombre d'infirmières pivots formées	Avec une première formation à l'automne 2004
				Évaluation des formations	Hiver 2005

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
2. Améliorer l'accès à un continuum de services de lutte contre le cancer et ce, au niveau local et régional	Définir des rôles et responsabilités des infirmières pivots locales, des infirmières en oncologie et la coordonnatrice régionale en oncologie	Comité provisoire pour développer une proposition pour l'implantation d'un projet d'infirmières pivots (Représentante de l'Agence, des services d'oncologie du CHVO et d'un CLSC)	Participation de membres du Comité provisoire au colloque sur l'infirmière pivot	Document sur la proposition d'une définition temporaire des rôles et responsabilités des infirmières pivots locales, des infirmières en oncologie et la coordonnatrice régionale en oncologie Détermination du nombre d'infirmières pivots nécessaires pour l'offre de services régionale en oncologie	Printemps 2004
				Adoption de la proposition et du budget récurrent par le CA de l'Agence	Printemps 2004
		Agence, réseaux locaux et Comité régional	Consultations des infirmières pivots et de gestionnaires ayant développé l'expertise dans d'autres régions Consultations d'acteurs locaux afin de recueillir les expertises terrain	Fiches descriptives des rôles et responsabilités des infirmières pivots locales, des infirmières en oncologie et de la coordonnatrice régionale en oncologie	Juin 2004
	Sélection et entrée en fonction des infirmières pivots locales et de la coordonnatrice régionale en oncologie	Agence, réseaux locaux et Comité régional	Budget récurrent pour consolider la mise en place de l'équipe régionale	Nombre d'infirmières pivots embauchées Coordonnatrice régionale en oncologie embauchée	Automne 2004
	Définir les rôles, les responsabilités et la composition des équipes interdisciplinaires régionale et locales	CHVO, Agence, réseaux locaux et Comité régional	Budget récurrent pour consolider la mise en place des équipes	Fiches descriptives des équipes interdisciplinaires locales remises au MSSS	Automne 2004

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
	Mettre en place une équipe régionale interdisciplinaire à laquelle peut se joindre des spécialistes selon le site de cancer étudié. Cette équipe comprend minimalement : • Un chef d'équipe mandaté • Une coordonnatrice régionale • Des infirmières • Un médecin • Un pharmacien • Un intervenant psychosocial • Une nutritionniste • Un intervenant responsable de l'équipe de maintien à domicile • Un hémato-oncologue • Un oncologue médical • Un radio-oncologue • Un radiologiste • Un pathologiste • Etc. Des liens fonctionnels établis avec des intervenants en soins palliatifs et les réseaux locaux de services	Agence, CHVO et réseaux locaux	Les équipes interdisciplinaires régionale et locales, les médecins spécialistes et omnipraticiens, le Conseil québécois de lutte contre le cancer, les organismes concernés, la Direction de Santé publique, l'Agence, les réseaux locaux, le RUIS, Ottawa Regional Cancer Centre et le CHEEO	Désignation de l'équipe régionale Mise en place de l'équipe régionale interdisciplinaire en oncologie	Mars 2005
	Mettre en place les équipes interdisciplinaires locales en oncologie dans chaque réseau local comprenant minimalement : • Un chef d'équipe mandaté • Une infirmière pivot • Des infirmières • Un médecin • Un pharmacien • Un intervenant psychosocial • Une nutritionniste • Un intervenant responsable de l'équipe de maintien à domicile	Agence, réseaux locaux et équipe interdisciplinaire régionale		Nombre d'équipes interdisciplinaires locales désignées en oncologie par le réseau local de services en Outaouais Mise en place des équipes interdisciplinaires locales en oncologie dans un tiers des réseaux locaux de services	Mars 2005

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
	Des liens fonctionnels établis avec des intervenants en soins palliatifs et les réseaux locaux de services				
	Déterminer la gamme de services minimaux, les délais de prise en charge et l'identification et la détermination du volume d'activité attendu dans chacun des volets du continuum de services et ce, au niveau local et régional • Promotion • Prévention • Dépistage • Détection précoce • Investigation • Diagnostic • Traitement • Adaptation • Réadaptation • Soutien • Soins de fin de vie (soins palliatifs) • Intégration	Équipe interdisciplinaire régionale, Agence et équipes interdisciplinaires locales	Validation auprès du réseau	Document identifiant les services minimaux, les délais et le volume d'activité attendu dans chacun des volets du continuum	Octobre 2005
	Identifier les services à réorganiser et les trous de services (incluant les bris de communications, les délais...) à partir du portrait régional en matière de lutte contre le cancer et du document identifiant les services minimaux, les délais et le volume d'activité attendu dans chacun des volets du continuum	Agence, MSSS, Comité régional, réseaux locaux, équipe interdisciplinaire régionale, équipes interdisciplinaires locales, infirmières pivots et intervenants psychosociaux		Document identifiant les services à réorganiser, à consolider et à développer ainsi que la stratégie pour y arriver	Janvier 2006

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
	Consolider et développer les services minimaux	Agence, réseaux locaux, MSSS et Comité régional	Ressources financières, humaines et matérielles	Adoption par le CA de l'Agence du plan d'action et du budget nécessaire pour la consolidation et le développement des services minimaux	Mars 2006
				Mise en place et réorganisation des services selon l'échéancier prévu dans le plan d'action pour la consolidation et le développement des services minimaux	Selon l'échéancier
	Consolider et développer les infrastructures et les équipements pour permettre la mise en place des services minimaux (ex. : Plan fonctionnel et technique pour le centre de cancer au CHVO – hôpital de Gatineau)	Agence, réseaux locaux et MSSS	Les équipes interdisciplinaires régionale et locales	Prévision des infrastructures et équipements nécessaires dans le plan d'action pour la consolidation et le développement des services minimaux Les infrastructures et équipements fonctionnels	Selon l'échéancier
3. Améliorer la cohérence, la complémentarité et l'adéquation de l'ensemble des activités et des interventions en matière de lutte contre le cancer	Définir les rôles et les responsabilités de chacun des niveaux d'intervention : services locaux, services régionaux, services suprarégionaux et Agence	Agence, Comité régional et équipes interdisciplinaires régionale et locales		Document dans lequel on retrouve les rôles et responsabilités de chacun des niveaux d'intervention	2006-2007
4. Assurer la coordination de la mise en place et du bon fonctionnement du continuum de services	Mise en place d'un comité de coordination et de suivi régional (comité tactique) constitué des gestionnaires désignés et des représentants de l'Agence	Agence, Table régionale des directeurs et directeurs des réseaux locaux	Disponibilité des gestionnaires désignés et des représentants de l'Agence	Participation des gestionnaires et représentativité territoriale	Début Mars 2006 et continu

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
			Personne responsable à l'Agence de la coordination du Comité	Compte rendu des rencontres Mandat et plan d'action du Comité Bilan annuel des réalisations	
5. Établir les mécanismes de collaboration et de concertation entre les différents intervenants, établissements et collaborateurs locaux (organismes à but non lucratif (OBNL), GMF, etc.)	Élaborer des ententes de services pour la mise en place de corridors de services officiels entre les différents niveaux : Régional ↔ local • Suprarégional (RUIS, Ottawa) ↔ régional • Régional ↔ réseaux locaux • Réseaux locaux ↔ collaborateurs locaux • Interrégional	Agence, réseaux locaux, collaborateurs locaux, Comité régional et Comité de coordination et de suivi régional	Participation des instances décisionnelles	Signature des ententes	Selon l'échéancier du plan d'action pour la consolidation et le développement des services minimaux
	Établissement de mécanismes formels de communication inter-établissements et avec les OBNL	Établissements et organismes concernés et Agence		Nombre d'ententes adoptées par les organismes et les établissements formalisant les mécanismes en place	Mars 2006

Deuxième Orientation : Approche globale de lutte contre le cancer

Axe 2
Intensification et coordination des efforts en matière de promotion et prévention

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
1. **Coordonner les différentes interventions selon une perspective globale de prévention des maladies chroniques (cancer, maladies cardio-vasculaires, diabète type II et maladies pulmonaires obstructives chroniques)**	Prise en charge du mandat de prévention des maladies chroniques par une équipe multidisciplinaire de la Direction de santé publique (basé sur le modèle de la région de Québec)	Direction de santé publique à l'Agence et réseaux locaux	Professionnels dédiés à cette problématique	Mise en place de l'équipe Élaboration d'un plan d'action	Automne 2004 Mars 2005
2. **Améliorer l'accès à des interventions de promotion et de prévention dans chacun des territoires**	Objectif à intégrer dans les plans d'action régional et locaux en santé publique Définition d'un panier de services de promotion et de prévention dans chacun des réseaux locaux Identification des trous de services à partir du portrait régional Consolidation ou développement des services de base Intégration des pratiques cliniques préventives en 1re ligne	Direction de santé publique et réseaux locaux			Printemps 2004 Mars 2006 Juin 2006 Mars 2007 Automne 2004
3. **Améliorer l'accès à des interventions de dépistage dans chacun des réseaux locaux**	Intégration des pratiques cliniques préventives (PCP) en 1re ligne pour optimiser le dépistage opportuniste du cancer dans la région :	Direction de santé publique	Formation des infirmières et médecins	Nombre de professionnels formés	Automne 2004

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
	• Intégration des PCP dans le plan d'action régional de santé publique	Direction de santé publique, Institut national de santé publique et Conseil québécois de lutte contre le cancer	Incitatifs pour favoriser la participation des médecins	Plan d'action régionale de santé publique adopté par le CA de la Régie régionale	Décembre 2003
	• Développement d'outils facilitant la dissémination des pratiques cliniques préventives (PCP) reconnues efficaces aux intervenants de première ligne		Plan de communication	Nombre de formations et de participants Degré d'actualisation du plan de communication	Continu
	• Mise en place d'un projet pilote dans un GMF ou un UMF sur la réorganisation des services à l'intérieur d'une clinique médicale de façon à intégrer les PCP	Direction de santé publique et GMF ou UMF	GMF ou UMF volontaire Coordonnateur de projet	Actualisation du projet Évaluation du projet (Données statistiques en lien avec le projet)	Décembre 2005
	Déploiement du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) dans toute la région	Centre de coordination du PQDCS, Agence (DSP), Conseil québécois de lutte contre le cancer, Direction de santé publique		PQDCS fonctionnel dans la Vallée-de-la-Gatineau et dans le Pontiac Clinique en place	Mars 2005
	Développer une clinique des maladies du sein afin de favoriser le dépistage précoce de la maladie	CHVO, Agence, DRMG, cliniques médicales	Budget récurrent pour les ressources matérielles et humaines Participation des médecins spécialistes et généralistes Implication des réseaux locaux	Nombre de personnes rencontrées Nombre et type de cancer dépisté	Automne 2005

Deuxième Orientation : Approche globale de lutte contre le cancer

Axe 3
Optimisation des différents services de soutien, de réadaptation et de soins palliatifs

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
1. **Améliorer l'accès à des services de soutien et ce, à un niveau territorial et régional**	Sensibilisation des décideurs aux problématiques vécues (l'Agence, les établissements,...) par la clientèle atteinte de cancer	Comité régional et Agence	Document résumant la problématique agent de communication	Nombre de présentation	Automne 2005
	S'assurer que des services de soutien téléphonique soient offerts aux personnes en investigation dès cette étape en s'assurant que le médecin de famille ou le spécialiste ait accès à une ressource du réseau local pour référer la personne	Comité régional, Agence, réseaux locaux, équipe interdisciplinaire régionale, équipes interdisciplinaires locales, infirmières pivots	Feuillets d'information remis aux médecins pour distribution à leur clientèle	Ressource désignée dans chacun des réseaux locaux	Automne 2005
			Ressource désignée dans les réseaux locaux (Info-Santé ou autre)	Nombre d'appels d'information	
	Assignation d'une infirmière pivot à chacune des personnes atteintes de cancer ou à un autre professionnel déjà impliqué auprès de cette personne (ex. : personne âgée, santé mentale)	Comité régional, Agence, réseaux locaux, équipe interdisciplinaire régionale, équipes interdisciplinaires locales, infirmières pivots, Intervenants psychosociaux, coordonnatrice régionale en oncologie	Feuille de référence systématique aux infirmières pivots	Nombre de références	Automne 2005
			Intervenants psychosociaux (ex : SIPA) ou intervenants des réseaux locaux (Info-Santé)	Contacts personne à personne (personne atteinte et infirmière pivot) dans un délai de 24 heures	
	Évaluation systématique des besoins de soutien de la personne atteinte au moment du diagnostic		Budget pour le système informatique pour la transmission des références		

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
	Élaboration d'un outil de consultation en services psychosociaux	Équipe interdisciplinaire régionale, équipes interdisciplinaires locales et infirmières pivots		Outil développé et utilisé	Printemps 2006
	Inventaire des ressources psychosociales et de soutien accessibles pour les personnes atteintes de cancer (CLSC, hôpitaux, OBNL)		Ressources pour le soutien d'ordre psychologique, social ou pratique (ex. transport, hébergement et gardiennage) Ressources spirituelles (pastorale…)		Automne 2006
	Identification des trous de services selon l'inventaire et du portrait régional		Approches alternatives pour l'amélioration du mieux-être tout comme celles visant à mieux gérer la douleur		
	Développement et consolidation des services pouvant être offerts dans les réseaux locaux			Document identifiant les services à réorganiser, à consolider et à développer ainsi que la stratégie pour y arriver	Mars 2007
2. Favoriser l'émergence de groupes de soutien dans la communauté pour : • **les nouveaux cas** • **les personnes en rémission** • **les proches**	Reconnaissance des OBNL comme acteurs majeurs en déterminant dans quels volets du continuum ils peuvent être impliqués	Agence, réseaux locaux (organisateurs communautaires…)		Document indiquant les services déjà offerts par les OBNL et les volets dans lesquels ils peuvent s'impliquer	Mars 2007
				Participation des OBNL à des comités régionaux et locaux	Continu
	Soutien aux OBNL (financement, intégration…) afin d'offrir des services appropriés dans les réseaux locaux	Agence et réseaux locaux	Budget octroyé par les organismes subventionnaires	Budget des OBNL	
			Responsable du Programme de soutien aux organismes communautaires	Participation des OBNL à des comités régionaux et locaux	

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
3. **Améliorer l'accès à des services de réadaptation et ce, à un niveau territorial et régional**	Assurer l'accès sur référence à des ressources professionnelles en réadaptation pour la clientèle lorsque nécessaire (soit au niveau local ou régional)	Comité régional, Agence, réseaux locaux, équipe interdisciplinaire régionale, équipes interdisciplinaires locales, infirmières pivots, intervenants psychosociaux et coordonnatrice régionale en oncologie	Budget et recrutement pour physiothérapeutes, ergothérapeutes, dentistes (espace réservé, sommes réservés pour défrayer les coûts dentaires pour les personnes avec faible revenu)	Nombre et catégories de professionnels en poste Nombre de références et catégories de professionnels	Automne 2005
	Assurer l'accès systématique à une nutritionniste et ce, pour toute la clientèle (soit au niveau local ou régional)		Budget et recrutement pour les nutritionnistes	Nombre de nutritionnistes en poste	
			Budget pour le système informatique pour la transmission des références	Nombre de références	
4. **Améliorer l'accès à des services de soins palliatifs et ce, à un niveau territorial et régional**	Mise en œuvre de la Politique provinciale en matière de soins palliatifs par le Comité régional de soins palliatifs	Comité régional de soins palliatifs, Agence et réseaux locaux	Selon la mise en œuvre de la politique	Selon le plan de mise en oeuvre	Selon l'échéancier de mise en place

Troisième orientation : Soins et services centrés sur la personne

Axe 1
La coordination des interventions

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
1. S'assurer de la prise en charge et de la continuité des soins dès l'annonce du diagnostic jusqu'à la rémission, la guérison ou le décès	Engagement des partenaires (réseaux locaux, GMF, CHSGS, OBNL, omnipraticiens et spécialistes, etc.) en regard de leur responsabilité sur la continuité des soins à l'égard de la population de leur territoire	Agence et partenaires concernés et Comité régional	L'agente de programme de l'Agence qui coordonne le programme et du temps secrétariat	Résolutions d'engagement de tous les partenaires participant au continuum de soins	Mars 2005
	Mettre en place des mécanismes de coordination et de liaison entre les intervenants locaux notamment les GMF, les cliniques médicales, les pharmacies et les OBNL	Agence et partenaires concernés, équipes interdisciplinaires locales et régionale et infirmières pivots	Les représentants des organisations partenaires sont libérés pour participer à des rencontres d'élaboration et d'implantation des ententes et protocoles Système informatique permettant d'établir des liaisons entre les partenaires	Ententes et protocoles établis	Continu
	Désignation d'un répondant cancer dans les organismes et les établissements concernés par la problématique, permettant ainsi une meilleure coordination et liaison entre l'infirmière pivot en oncologie et les différents partenaires du réseau	Agence et partenaires concernés	Les répondants cancer désignés ont des rôles et responsabilités spécifiques à la coordination et sont libérés pour réaliser leur mandat	Description de tâches, rôles et responsabilités des répondants cancer désignés	Automne 2005
	Faire le suivi et l'évaluation périodique des ententes et des protocoles de collaboration établis	Infirmières pivots et répondants cancer désignés	Élaboration d'une grille d'évaluation	Grille d'évaluation des protocoles et ententes mis en place	Continu

Troisième orientation : Soins et services centrés sur la personne

Axe 2
Partage d'information entre les intervenants impliqués et avec la personne atteinte et ses proches

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
1. **Assurer à la personne atteinte de cancer et à ses proches un accès facile à de l'information de qualité**	Reconnaissance par les professionnels et médecins du rôle particulier de l'infirmière pivot auprès de la personne atteinte de cancer et ses proches Mise en place d'un système permettant à l'infirmière pivot d'avoir accès à toute l'information pertinente lui permettant ainsi de jouer son rôle de lien entre les différents intervenants impliqués et la personne atteinte et ses proches	Agence, réseaux locaux, équipes interdisciplinaires régionale et locales et infirmières pivots	Formation des infirmières pivots, des intervenants psychosociaux et des autres intervenants Transmission de collectes de données faites par les différents intervenants	Présentation de ceux-ci aux professionnels et médecins Échanges sur le rôle des infirmières pivots Système d'information en place Nombre de collectes de données transmises aux infirmières pivots	Automne 2004
2. **Assurer aux intervenants impliqués une circulation fluide de l'information tout en préservant la confidentialité des données**	Assurer une transmission systématique et rapide de l'information clinique nécessaire pour répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer, le tout dans le respect des règles de confidentialité, par des protocoles de référence, carnet patient ou formulaire de requête standardisé et autres Développement du dossier oncologique unique informatisé en lien avec les travaux déjà en cours au service régional des ressources informatiques (personnes âgées, GMF)	Agence, équipes interdisciplinaires régionale et locales, réseaux locaux et infirmières pivots Agence, équipes interdisciplinaires régionale et locales, réseaux locaux, infirmières pivots et SRRI	Les archivistes, le responsable du dossier unique informatisé PÀPA	Protocoles de référence en place Processus standardisés mis en place Carnets patient ou formulaires de requête standardisés Utilisation du dossier unique oncologique	Continu Suivi réseau PÀPA (personnes âgées en perte d'autonomie)

Troisième orientation : Soins et services centrés sur la personne

Axe 3
Décentralisation des services et équité inter-territoriale

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
1. **Améliorer l'accès à des services médicaux de 1re ligne pour la prévention, le dépistage, le diagnostic précoce et le suivi**	Exploration de différentes stratégies avec les instances concernées (DRMG, CMR) pour remédier au problème d'accès aux services médicaux de 1re ligne	Agence, équipes interdisciplinaires régionale et locales, Direction de santé publique, DRMG et CMR	Ressources médicales, budget pour la mise en place de projets Commis pour la prise de l'information pour le suivi	Pourcentage de patients pris en charge par des médecins de 1re ligne	Continu
	Intégration de cet objectif dans la planification régionale d'organisation de services en médecine générale	Agence		Objectif figurant dans la planification régionale d'organisation de services en médecine générale	Selon la planification
	Élaboration de projets d'offre de services pouvant contribuer à l'amélioration de l'accès des services médicaux de 1re ligne (clinique des maladies du sein, adjoint clinique en oncologie, infirmière praticienne...)	Agence, équipes interdisciplinaires régionale et locales, Direction de santé publique, DRMG et CMR	Budget récurrent (ressources humaines et matérielles) pour la mise en place des projets	Budgets récurrents obtenus pour la mise en place des projets retenus Nombre et nature des projets mis en place	Selon les projets
2. **Améliorer l'accessibilité en oncologie médicale et en chimiothérapie dans chacun des réseaux locaux**	Définition des services en oncologie médicale et en chimiothérapie pouvant être offerts dans les territoires	Équipes interdisciplinaires régionale et locales et Agence	Libération des équipes	Document sur les services pouvant être offerts dans les réseaux locaux	Janvier 2006
	Identification des trous de services à partir du portrait régional	Agence et équipes interdisciplinaires régionale et locales		Document identifiant les services à réorganiser, à consolider et à développer ainsi que la stratégie pour y arriver	
	Développement et consolidation des services pouvant être offerts dans les réseaux locaux selon une	Agence, réseaux locaux, Comité régional et équipes interdisciplinaires régionale et locales	Budget récurrent, formation	Plan d'action (recrutement, formation, équipement et budget)	Selon le plan d'action

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
	planification tenant compte des effectifs disponibles et du recrutement (ex. : chimiothérapie)			Services en place	
3. **Assurer un accès équitable et une utilisation optimale des médicaments en oncologie**	Sensibilisation du MSSS à la problématique régionale en regard de l'accès des médicaments (coût)	Agence et établissements concernés	Budget supplémentaire récurrent pour les médicaments selon l'augmentation des coûts	Dossier acheminé au MSSS par les services de gestion de l'Agence	En cours
	Suivi des travaux provinciaux visant l'acquisition, la distribution et l'utilisation optimale des médicaments en oncologie	Agence et MSSS		Documents provinciaux disponibles sur l'évolution des travaux du MSSS	En cours
	Application des politiques en vigueur	Agence et établissements concernés			
	Participation d'un pharmacien dans les équipes interdisciplinaires régionale et locales	Agence et équipes interdisciplinaires régionale et locales	Les pharmaciens en oncologie	Présence de pharmaciens sur les équipes	Mars 2005
	Participation aux démarches régionales telles que le Comité régional sur les médicaments	Agence	Les pharmaciens en oncologie	Présence des pharmaciens aux rencontres du Comité régional	Selon le Comité régional sur les médicaments

Troisième orientation : Soins et services centrés sur la personne

Axe 4
Rehaussement des services de transport et d'hébergement

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
1. Améliorer l'accès au transport et à l'hébergement lorsque requis (disponibilité, coûts abordables, etc.)	Colliger les données relatives aux difficultés de transport rencontrées par la clientèle atteinte de cancer	Agence, réseaux locaux et Comité régional	Système de collecte de données relatives aux difficultés de transport rencontrées par la clientèle	Rapport de collecte de données	2006-2007
	Sensibilisation des différentes instances décisionnelles (MSSS, Agences, comités régionaux sur le transport, transport ambulancier…) des problèmes de transport vécus par les personnes atteintes de cancer	Agence et organismes concernés		Présentations des problématiques vécues par la clientèle aux instances concernées	
	Soutien des initiatives facilitant les déplacements aux personnes atteintes de cancer telles que le transport adapté, l'amélioration de la couverture par le transport ambulancier, projet «Ailes d'un ange», etc.…	Agence et réseaux locaux	Selon les projets déposés (financement, subventions, collaboration professionnelle…)	Nombre et types de projets Ressources financières allouées Nombre de transports effectués	Continu
	Soutien pour la construction de l'hôtellerie de 22 places de la FQC	Agence, CHVO, Fondation du CHVO, réseaux locaux, Fondation québécoise du Cancer(FQC) et MSSS	Financement	Hôtellerie de 22 places construite	Décembre 2004
	Soutien aux demandes des OBNL voulant offrir du transport aux personnes atteintes de cancer ou souffrant de maladies chroniques (ex. : SOC)	Agence et réseaux locaux (organisateurs communautaires…)	Budget octroyé par les organismes subventionnaires Responsable du Programme de soutien aux organismes communautaires	Ressources financières allouées Nombre de transports effectués par les OBNL	Continu

Quatrième orientation : Qualité de nos interventions

Axe 1
Maintien et développement des compétences des intervenants

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
1. **S'assurer de la mise à jour et de la formation des professionnels et bénévoles impliqués**	Mise en place d'un comité de formation comprenant des représentants de l'Agence, du Comité régional, des équipes interdisciplinaires régionale et locales, la coordonnatrice régionale en oncologie	Agence, Comité régional, équipes interdisciplinaires régionale et locales et coordonnatrice régionale en oncologie	Disponibilité des participants pour les rencontres	Nombre de rencontres Représentativité et nombre de membres	Avril 2005
	Élaboration d'un plan de formation continue pour les différents intervenants impliqués dans la lutte contre le cancer (médecins, professionnels, OBNL...)	Agence et Comité de formation	Disponibilité des participants pour les rencontres	Plan de formation Budget alloué	Automne 2005
	Dispensation d'une première formation pour les infirmières pivots et la coordonnatrice régionale en oncologie	Agence et Comité provisoire sur l'infirmière pivot	Budget pour les coûts reliés à l'organisation de la formation et la rémunération des formateurs	Formation offerte Nombre de participants	Automne 2004
	Organisation d'une première formation sur les réseaux intégrés de services et sur le rôle des infirmières pivots	Agence et Comité provisoire sur l'infirmière pivot	Budget pour les coûts reliés à l'organisation de la formation et la rémunération des formateurs	Formation offerte Nombre de participants	Automne 2004
	Élaboration d'un plan de formation spécifique pour tous les infirmières pivots	Agence et Comité de formation	Disponibilité des participants pour les rencontres	Plan de formation Budget alloué	Automne 2005
	Intégration du plan de formation cancer dans le plan de formation réseau régional	Agence et Comité de formation	La coordonnatrice du programme de formation réseau régionale Budget nécessaire pour la réalisation des plans de formation	Plan de formation cancer dans le document sur planification réseau régionale Budget alloué	Automne 2005

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
	Établissement de liens avec les comités d'éducation médicale continue de chacun des établissements hospitaliers	Agence et Comité de formation et représentant du Comité d'éducation médicale du CHVO	Liaison entre le Comité de formation et les comités d'éducation médicale	Rencontres	Continu
	Organisation d'une formation sur les pratiques cliniques préventives aux intervenants de première ligne (médecins et infirmières)	Agence (Direction de santé publique) et comités d'éducation médicale	Médecin pour l'organisation de la formation	Formation donnée Nombre et catégories de participants	Mars 2005
	Dissémination en temps opportun des guides de pratiques reconnus	Conseil québécois de lutte contre le cancer, Centre de coordination national et équipe interdisciplinaire régionale		Nombre de guides de pratique distribués	Continu
2. **Assurer le développement, le maintien d'une expertise régionale et l'utilisation optimale des ressources**	Regroupement en un centre d'oncologie régional des : • Comités des tumeurs • Registre régional des tumeurs • Comité de révision de nouveaux cas • Cliniques sur-spécialisées selon la masse critique pour assurer la viabilité des équipes (telles que la clinique du mélanome, en ORL) • Coordination des activités de recherche	Agence, CHVO, équipe interdisciplinaire régionale et réseaux locaux	Effectifs médicaux et professionnels, budget récurrent, ententes de services	Centre d'oncologie fonctionnel Nombre de rencontres des comités de tumeurs Registre régional des tumeurs en place Nombre de rencontres du Comité de révision de nouveaux cas Nombre d'activités de recherche Nombre et types de cliniques spécialisées	2006-2007
	Mise en place d'un sous-comité en oncologie du Comité d'évaluation de la qualité de l'acte médical	Équipe interdisciplinaire régionale		Sous-comité en place Nombre de rencontre	2006-2007
	Instauration de démarches systématiques de révision des pratiques en matière de lutte contre le cancer (programme de dépistage systématique, traitement, soins palliatifs et autres)	Équipe interdisciplinaire régionale	Mécanismes d'audit internes et externes afin d'apprécier les écarts entre les résultats observés et les résultats attendus et détermination des cibles d'amélioration	Écarts observés entre les résultats obtenus et les résultats attendus	2006-2007

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
	Rencontres régulières des équipes locales et régionale spécialisées pour discussion de cas (ex. : comité des tumeurs en ORL, en radio-oncologie, en chirurgie...)	Équipes interdisciplinaires locales et régionale spécialisées	Nombre de rencontres et comptes rendus des rencontres	Nombre de rencontres	Continu

Quatrième orientation : Qualité de nos interventions

Axe 2
Recherche

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
1. **Favoriser la participation des spécialistes à des recherches multicentriques**	Reconnaissance par les établissements de la contribution de la recherche dans l'amélioration de la pratique en région	CHVO, Comité régional et équipe interdisciplinaire régionale	Soutien à la mise en place des conditions nécessaires à la recherche (équipe minimale, libération de temps, liens électroniques, budget récurrent, registre des tumeurs, etc.)	Mise en place des conditions nécessaires à la recherche	2006-2007
	Développement d'un centre de recherche intégré au centre d'oncologie			Nombre et type de recherches	2006-2007
2. **Développer des liens avec les établissements universitaires afin de développer des recherches régionales dans le domaine du cancer**	Collaboration avec le Conseil québécois de lutte contre le cancer	Agence et équipe interdisciplinaire régionale			2006-2007
	Participation de représentants des universités sur le Comité régional	Agence, Université du Québec en Outaouais et RUIS		Représentant de l'Université du Québec en Outaouais sur le Comité	Printemps 2004
	Participation aux instances régionales (milieu d'éducation…) dans le domaine de la recherche			Nombres de participation sur des comités	
	Promotion du Programme de subvention de la santé publique (PSSP) auprès des chercheurs de la région	Agence (Direction de santé publique)		Nombre de projets subventionnés dans le cadre du PSSP	2006-2007

Quatrième orientation : Qualité de nos interventions

Axe 3
Suivi / évaluation / surveillance

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
1. **Évaluer la mise en place du réseau intégré de lutte contre le cancer**	Mise en place d'un comité de travail spécifique à l'évaluation dont le leadership est assuré par un spécialiste de l'évaluation	Agence, Comité régional et équipes interdisciplinaires régionale et locales	Temps de spécialiste de l'évaluation consacré à ce dossier	Spécialiste en évaluation identifié et pourcentage de temps consacré au dossier	Automne 2005
	Développement d'un plan d'évaluation	Comité de travail	Professionnels libérés pour participer au Comité de travail	Plan d'évaluation	Automne 2005
	Identification des programmes de subventions pour l'évaluation de la mise en place du réseau intégré de lutte contre le cancer.	Comité de travail		Liste des programmes, nombre de demandes de subventions, subventions obtenues	Selon les échéanciers des programmes
	Développement d'un outil d'évaluation de la satisfaction et des attentes de la clientèle	Comité de travail		Outil développé et utilisé	Hiver 2005
				Rapport d'évaluation	2006-2007
2. **Faire le suivi de la mise en œuvre du programme et du plan d'action régional de lutte contre le cancer**	Objectif intégré dans le mandat du Comité régional de lutte contre le cancer	Agence et Comité régional	Temps d'un responsable du monitoring consacré à ce dossier	Responsable identifié et pourcentage de temps consacré au dossier	Automne 2004
	Désignation d'un responsable (équipe) du monitoring de la mise en œuvre du plan régional de lutte contre le cancer	Agence et Comité régional			Automne 2004
	Élaboration d'un plan de suivi de l'implantation • détermination des indicateurs de résultat • suivi annuel des indicateurs	Agence, Comité régional et équipes interdisciplinaires régionale et locales		Plan de suivi de l'implantation	Mars 2005
				Rapport annuel sur le monitoring	Annuel

Objectifs	Cibles de résultats (moyens/mesures)	Responsables	Ressources nécessaires	Indicateurs de résultat	Échéancier
3. Suivre l'évolution de l'état de santé de la population en matière de cancer et s'assurer de la diffusion de cette information	Arrimage avec le plan de surveillance de santé publique	Agence (Direction de santé publique)	Participation de l'équipe de connaissance surveillance de la Direction de santé publique	Portrait de santé et rapport du plan de surveillance	Selon les échéanciers du plan de surveillance
	Suivi des démarches auprès du MSSS entreprises par la DSP pour l'obtention des données d'incidence et de mortalité fiables en provenance de l'Ontario et ce, en temps opportun	Agence		Représentations auprès du MSSS	Continu
	Mise en place d'un registre régional des tumeurs	Agence et établissements concernés	Budget récurrent pour les ressources humaines (archiviste,...), les ressources informationnelles et autres	Registre des tumeurs en place Rapports générés à partir du registre des tumeurs	2006-2007
	Élaboration d'un portrait régional de la lutte contre le cancer de façon périodique (aux 3-5 ans)	Agence	Professionnel affecté à l'élaboration du portrait et contribution des établissements et des différents comités	Document portant sur le portrait régional	2006-2007
	Diffusion du portrait à tous les établissements et organismes de la région impliqués dans la lutte contre le cancer	Agence et Comité régional	Professionnel affecté à la diffusion du portrait	Nombre de documents diffusés Nombre de présentations aux établissements et organismes	2006-2007
4. Évaluer les interventions en promotion/prévention du cancer	Demandes de subventions pour l'évaluation des interventions en promotion/prévention dans le cadre du PSSP	Agence (Direction de santé publique)	Temps d'un professionnel affecté à ce dossier	Nombre et identification des projets subventionnés dans le cadre du PSSP	2006-2007
	Participation à des évaluations provinciales	Agence (Direction de santé publique)		Selon le plan d'action provincial	2006-2007

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Démarche régionale de mise en place des réseaux locaux de services : PROPOSITION DE CONFIGURATION des territoires et des instances locales*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Gatineau, 9 mars 2004, 59 p.

CENTRE HOSPITALIER DES VALLÉES DE L'OUTAOUAIS, *Rapport annuel 2000-2001*, p. 5-6.

COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *guide pour la planification stratégique régionale dans le secteur de la santé et des services sociaux, Québec*, janvier 2002, 21 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. ; DENIS, J.L. ; TOUATI, N, ; RODRIGUEZ, R. *Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 2001; 8(2) p. 38-52.

COURTEAU, J.P.; ÉMOND, L.; GARVIE, P. *Un portrait de santé. La région de l'Outaouais et ses districts de CLSC*, Gatineau, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2002, 212 p.

ÉMOND, A. *Réseau de services intégrés : ses principes, concepts et composantes*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, oct. 2001.

FORTIN, P.; GIRARD, R.; WATTERS, A. *Programme québécois de lutte contre le cancer – Etat de situation régionale*, Hull, Régie régionale de la santé et des sociaux de l'Outaouais, 24 mai 2002, 85 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DIRECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES. *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches*, Québec, février 2004, 31 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DIRECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES. *Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches : paramètres d'organisation*, Québec, avril 2004, 37 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DIRECTION GÉNÉRALE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Le programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, un premier bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 392 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – Vers l'atteinte des résultats attendus : 5e bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998, 185 p.

ROY, DENIS A. Rencontre des représentants régionaux pour le programme de lutte contre le cancer, le 20 novembre 2003.

SANTÉ CANADA. *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, rapport de synthèse – version provisoire*, Ottawa, 75 p.